



## Le Serment d'Hippocrate au quotidien : défis éthiques en médecine bucco-dentaire moderne au Cameroun

The Hippocratic Oath in daily practice: ethical challenges in modern oral and dental medicine in Cameroon

Nkolo Tolo FD<sup>1</sup>, Moussi A<sup>2</sup>, Nseme Etoukey E<sup>3</sup>, Essi MJ<sup>4</sup>

### Article Original

1. Département de Chirurgie Buccale, Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun
2. Département de philosophie, psychologie, sociologie, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Sociales, Université de Dschang, Cameroun
3. Laboratoire de médecine légale, Faculté de médecine et des sciences biomédicales. Université de Yaoundé 1, Cameroun
4. Département de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun

**Auteur correspondant :** Nkolo Tolo Francis Daniel ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Département de Chirurgie Buccale ; +237694144681 ; [nkolo.tolo@fmsb-uy1.cm](mailto:nkolo.tolo@fmsb-uy1.cm)

**Mots-clés :** Éthique, Serment d'Hippocrate, Cameroun, Médecine bucco-dentaire, Pratique professionnelle

**Keywords:** Ethics, Hippocratic Oath, Cameroon, Dentistry, Professional Practice

**Date de soumission:** 12/06/2025

**Date d'acceptation:** 11/09/2025

### RESUME

**Introduction :** dans un contexte d'évolution technologique accélérée en santé bucco-dentaire et face aux défis socio-économiques camerounais, l'application rigoureuse des principes éthiques du Serment d'Hippocrate représente un enjeu crucial pour les praticiens. Cette étude évalue l'adhésion aux fondements éthiques et identifie les obstacles à leur mise en œuvre dans l'exercice quotidien de l'odontologie à Yaoundé et Douala.

**Matériels et méthodes :** une étude transversale mixte a été conduite de janvier à avril 2024 auprès de 47 chirurgiens-dentistes des secteurs public et privé de Yaoundé et Douala. Un questionnaire semi-structuré a exploré l'adhésion aux quatre principes cardinaux (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, justice) et documenté les difficultés rencontrées. Des entretiens approfondis ont enrichi la collecte. L'analyse statistique (SPSS v26) et thématique (NVivo 14) ont été utilisées.

**Résultats :** les 47 participants (âge moyen : 42,3 ± 8,7 ans ; expérience : 14,2 ans) montraient une adhésion variable aux principes éthiques : bienfaisance (87,2%), non-malfaisance (76,6%), autonomie (61,7%) et justice (53,2%). Les obstacles principaux incluaient les contraintes économiques (89,4%), l'insuffisance matérielle (80,9%), les pressions administratives (68,1%), le déficit en personnel qualifié (63,8%) et les divergences culturelles (57,4%). L'analyse qualitative révélait trois tensions majeures : rentabilité versus qualité des soins, inadéquation formation-terrain, et influence des croyances traditionnelles.

**Conclusion :** le contexte socio-économique camerounais complexifie l'application des principes hippocratiques en odontologie. Des stratégies contextualisées, incluant formation éthique continue et structures d'accompagnement professionnel, s'avèrent indispensables pour consolider la pratique éthique quotidienne.

### ABSTRACT

**Introduction:** in the context of rapidly evolving oral health technologies and facing Cameroon's socioeconomic realities, the rigorous application of Hippocratic Oath ethical principles represents a crucial challenge for practitioners. This study evaluates adherence to ethical foundations and identifies barriers to their implementation in daily dental practice in Yaoundé and Douala.

**Materials and methods:** a mixed-methods cross-sectional study was conducted from January to April 2024 among 47 dentists from public and private sectors in Yaoundé and Douala. A semi-structured questionnaire explored adherence to four cardinal principles (beneficence, non-maleficence, autonomy, justice) and documented encountered difficulties. In-depth interviews enriched data collection. Statistical analysis (SPSS v26) and thematic analysis (NVivo 14) were employed.

**Results:** the 47 participants (mean age: 42.3 ± 8.7 years; experience: 14.2 years) showed variable adherence to ethical principles: beneficence (87.2%), non-maleficence (76.6%), autonomy (61.7%), and justice (53.2%). Primary barriers included economic constraints (89.4%), material insufficiency (80.9%), administrative pressures (68.1%), qualified personnel deficit (63.8%), and cultural divergences (57.4%). Qualitative analysis revealed three major tensions: profitability versus quality of care, training-field inadequacy, and influence of traditional beliefs.

**Conclusion:** Cameroon's complex socioeconomic context complicates the application of Hippocratic principles in dentistry. Contextualized strategies, including continuous ethics training and professional support structures, are essential to strengthen daily ethical practice

## Introduction

Le Serment d'Hippocrate, depuis plus de deux millénaires, demeure le fondement éthique de la pratique médicale à travers le monde [1]. Ce texte historique énonce des principes fondamentaux tels que la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie du patient et la justice dans l'accès aux soins [2]. Malgré son universalité proclamée, l'application de ces principes éthiques se heurte à des réalités socio-économiques, culturelles et technologiques variables selon les contextes [3]. En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Cameroun, la médecine bucco-dentaire fait face à des défis considérables : ressources limitées, ratio dentiste/population défavorable (1:50 000 contre 1:2 000 recommandé par l'OMS), coût élevé des soins pour une population majoritairement non couverte par une assurance maladie, et persistance de croyances traditionnelles influençant la perception des soins dentaires [4,5]. Ces facteurs créent un environnement où l'application quotidienne des principes du Serment d'Hippocrate devient particulièrement complexe. Plusieurs études ont exploré les dilemmes éthiques en médecine dans les pays à ressources limitées [6,7,8], mais peu se sont penchées spécifiquement sur la médecine bucco-dentaire au Cameroun. Mbonda et al. (2018) ont souligné les tensions éthiques résultant de l'inadéquation entre formation médicale occidentalisée et réalités locales [9], tandis que Ndjitoyap et al. (2020) ont mis en évidence les défis de l'application du principe de justice dans un système de santé à forte inégalité d'accès [10]. L'évolution rapide des technologies en médecine dentaire (implantologie, orthodontie numérique, imagerie 3D) ajoute une dimension supplémentaire aux dilemmes éthiques [11]. Ces technologies, bien que prometteuses pour améliorer la qualité des soins, sont souvent inaccessibles pour une grande partie de la population camerounaise en raison de leur coût élevé, créant ainsi un fossé technologique qui accentue les inégalités dans l'accès aux soins [12].

Dans ce contexte, cette étude vise à évaluer l'adhésion des chirurgiens-dentistes camerounais aux principes éthiques fondamentaux du Serment d'Hippocrate et à identifier les obstacles à leur application dans la pratique quotidienne.

## Matériels et méthodes

Une étude transversale à méthode mixte (quantitative et qualitative) a été menée entre janvier et avril 2024 auprès de chirurgiens-dentistes exerçant dans les villes de Yaoundé et Douala, les deux principales métropoles du Cameroun. Cette approche mixte a été choisie pour permettre à la fois une évaluation quantifiable de l'adhésion aux principes éthiques et une compréhension approfondie des défis contextuels à travers l'analyse qualitative. L'étude

a inclus 47 chirurgiens-dentistes sélectionnés par échantillonnage stratifié pour assurer une représentation équilibrée des praticiens du secteur public (hôpitaux de référence et centres de santé) et du secteur privé (cliniques dentaires indépendantes et polycliniques). Les critères d'inclusion étaient : être chirurgien-dentiste diplômé, exercer actuellement à Yaoundé ou Douala, et avoir au moins deux ans d'expérience professionnelle. Les praticiens en formation et ceux exerçant exclusivement dans l'enseignement ont été exclus.

Un questionnaire semi-structuré en français a été développé sur la base d'une revue extensive de la littérature sur l'éthique en médecine bucco-dentaire et adapté au contexte camerounais. Ce questionnaire a été pré-testé auprès de 5 chirurgiens-dentistes (non inclus dans l'échantillon final) pour assurer sa clarté et sa pertinence. Le questionnaire comportait quatre sections : les données sociodémographiques et caractéristiques professionnelles, l'adhésion aux principes éthiques fondamentaux (échelle de Likert à 5 points), les obstacles perçus à l'application des principes éthiques (choix multiples et questions ouvertes) et les stratégies adoptées face aux dilemmes éthiques (questions ouvertes). Des entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de 45 minutes ont été réalisés avec 15 participants sélectionnés parmi les répondants au questionnaire, en veillant à la diversité des profils (âge, genre, lieu d'exercice, expérience). Ces entretiens ont exploré en profondeur les expériences personnelles relatives aux dilemmes éthiques, les facteurs contextuels influençant les décisions et les propositions d'amélioration. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants, puis transcrits en verbatim.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 26.0. Des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages, moyennes et écarts-types) ont été calculées. Le test du Chi-carré a été utilisé pour analyser les associations entre les variables catégorielles, tandis que le test t de Student et l'ANOVA ont été employés pour comparer les moyennes entre les groupes. Le seuil de signification statistique a été fixé à  $p < 0,05$ . Les données qualitatives issues des entretiens ont été analysées selon l'approche de l'analyse thématique de Braun et Clarke [13] à l'aide du logiciel NVivo 14. Après familiarisation avec les données, un codage initial a été réalisé, suivi d'une identification des thèmes émergents. Ces thèmes ont ensuite été révisés, définis et nommés. La triangulation des données a été effectuée en comparant les résultats quantitatifs et qualitatifs pour renforcer la validité des conclusions. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants avant leur inclusion dans l'étude. La confidentialité des données a été assurée par l'anonymisation des questionnaires et

des transcriptions d'entretiens.

## Résultats

Sur les 53 chirurgiens-dentistes contactés, 47 ont participé à l'étude, soit un taux de réponse de 88,7%. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants sont présentées dans le Tableau I.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants (N=47)

| Caractéristiques                                | n (%) ou moyenne $\pm$ écart-type |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Âge (années)</b>                             | 42,3 $\pm$ 8,7                    |
| <b>Genre</b>                                    |                                   |
| Masculin                                        | 28 (59,6%)                        |
| Féminin                                         | 19 (40,4%)                        |
| <b>Expérience professionnelle (années)</b>      | 14,2 $\pm$ 7,5                    |
| <b>Lieu d'obtention du diplôme</b>              |                                   |
| Cameroun                                        | 29 (61,7%)                        |
| Autres pays africains                           | 8 (17,0%)                         |
| Europe                                          | 7 (14,9%)                         |
| Autres                                          | 3 (6,4%)                          |
| <b>Secteur d'activité principal</b>             |                                   |
| Public                                          | 19 (40,4%)                        |
| Privé                                           | 22 (46,8%)                        |
| Mixte                                           | 6 (12,8%)                         |
| <b>Type d'établissement</b>                     |                                   |
| Hôpital de référence                            | 12 (25,5%)                        |
| Centre de santé                                 | 13 (27,7%)                        |
| Clinique dentaire indépendante                  | 18 (38,3%)                        |
| Polyclinique                                    | 4 (8,5%)                          |
| <b>Formation spécifique en éthique médicale</b> |                                   |
| Aucune                                          | 16 (34,0%)                        |
| Cursus universitaire uniquement                 | 21 (44,7%)                        |
| Formation continue                              | 10 (21,3%)                        |

L'âge moyen des participants était de 42,3  $\pm$  8,7 ans avec une prédominance masculine (59,6%). La durée moyenne d'expérience professionnelle était de 14,2  $\pm$  7,5 ans. La majorité des praticiens (61,7%) avaient obtenu leur diplôme au Cameroun. Concernant le secteur d'activité, 40,4% travaillaient principalement dans le secteur public, 46,8% dans le privé et 12,8% avaient une activité mixte. Plus d'un tiers des participants (34,0%) n'avaient reçu aucune formation spécifique en éthique médicale au-delà du cursus universitaire de base. L'adhésion aux quatre principes éthiques fondamentaux a été évaluée à travers plusieurs questions utilisant une échelle de Likert à 5 points. Les scores ont été convertis en pourcentages d'adhésion, un score supérieur à 75% étant considéré comme une forte adhésion.

Les résultats sont présentés dans le Tableau II.

Tableau II : adhésion aux principes éthiques fondamentaux (N=47)

| Principe éthique       | Forte adhésion n (%) | Adhésion modérée n (%) | Faible adhésion n (%) | p-value |
|------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|---------|
| Bienfaisance           | 41 (87,2%)           | 5 (10,6%)              | 1 (2,1%)              | <0,001  |
| Non-malfaisance        | 36 (76,6%)           | 8 (17,0%)              | 3 (6,4%)              | <0,001  |
| Respect de l'autonomie | 29 (61,7%)           | 12 (25,5%)             | 6 (12,8%)             | 0,006   |
| Justice                | 25 (53,2%)           | 15 (31,9%)             | 7 (14,9%)             | 0,018   |

\*Test du Chi-carré comparant les niveaux d'adhésion pour chaque principe

L'adhésion au principe de bienfaisance était la plus élevée (87,2% de forte adhésion), suivie par la non-malfaisance (76,6%). Le respect de l'autonomie et le principe de justice présentaient des taux de forte adhésion significativement plus faibles, avec respectivement 61,7% et 53,2% ( $p < 0,05$ ). Une analyse plus détaillée a montré que l'adhésion au principe de justice variait significativement selon le secteur d'activité, avec une forte adhésion plus fréquente dans le secteur public (68,4%) que dans le secteur privé (40,9%) ( $p = 0,027$ ). Aucune différence significative n'a été observée concernant les autres principes selon le secteur d'activité. Les obstacles perçus par les praticiens comme entravant l'application quotidienne des principes éthiques ont été identifiés et classés par ordre de fréquence dans le Tableau III.

Tableau III : obstacles à l'application des principes éthiques (N=47)

| Obstacles                                        | n (%)      | IC 95%      |
|--------------------------------------------------|------------|-------------|
| Contraintes économiques (patients)               | 42 (89,4%) | [80,5-98,2] |
| Manque de ressources matérielles                 | 38 (80,9%) | [69,6-92,1] |
| Pressions administratives                        | 32 (68,1%) | [54,8-81,4] |
| Déficit en personnel qualifié                    | 30 (63,8%) | [50,1-77,6] |
| Divergences culturelles avec les patients        | 27 (57,4%) | [43,3-71,6] |
| Contraintes temporelles                          | 26 (55,3%) | [41,1-69,5] |
| Déficience de la formation en éthique            | 23 (48,9%) | [34,6-63,2] |
| Absence de directives adaptées au contexte local | 20 (42,6%) | [28,4-56,7] |
| Pression des confrères                           | 17 (36,2%) | [22,4-49,9] |
| Influence de l'industrie dentaire                | 12 (25,5%) | [13,1-38,0] |

Les contraintes économiques des patients constituaient l'obstacle le plus fréquemment cité (89,4%), suivi par le manque de ressources matérielles adéquates (80,9%), les pressions administratives (68,1%) et le déficit en personnel qualifié (63,8%). Plus de la moitié des participants (57,4%) ont également mentionné les divergences culturelles avec les patients comme un obstacle



significatif. Une analyse croisée a révélé que la perception des obstacles variait selon l'expérience professionnelle. Les praticiens ayant moins de 10 ans d'expérience étaient significativement plus susceptibles de citer la déficience de la formation en éthique comme obstacle (68,8% contre 38,7% pour ceux ayant plus d'expérience,  $p=0,041$ ). L'analyse thématique des entretiens approfondis a permis d'identifier trois thèmes majeurs concernant les défis éthiques en médecine bucco-dentaire au Cameroun: (1) la tension entre rentabilité et soins de qualité, (2) l'inadéquation entre formation reçue et réalités du terrain, et (3) l'influence des croyances traditionnelles sur les décisions thérapeutiques. Les principales observations pour chaque thème sont résumées dans le Tableau IV.

Ce thème a émergé comme particulièrement prégnant, surtout pour les praticiens du secteur privé. Les participants ont décrit le défi constant de maintenir un équilibre entre l'accessibilité financière des soins et leur qualité. Un praticien avec 12 ans d'expérience a expliqué :

*"Dans le privé, vous avez des charges fixes élevées. Les matériaux de qualité coûtent cher, mais les patients ne peuvent souvent pas payer le prix réel. Vous vous retrouvez à devoir choisir entre utiliser des matériaux moins onéreux mais de moindre qualité, ou facturer un prix que peu de patients peuvent se permettre."*

Plusieurs participants ont mentionné recourir à une forme de tarification différentielle, adaptant leurs honoraires aux moyens des patients, mais ont souligné que cette pratique avait ses limites et pouvait parfois créer des dilemmes éthiques quant à l'équité de traitement.

La disparité entre la formation académique reçue et les conditions d'exercice réelles constituait une source majeure de frustration. Les praticiens ont évoqué leur difficulté à appliquer les protocoles standards appris durant leur formation dans des contextes où l'équipement de base fait défaut. Un dentiste exerçant dans un centre de santé rural a partagé :

*"Notre formation nous prépare à exercer dans des conditions idéales qui n'existent pratiquement pas au Cameroun, sauf dans quelques cliniques haut de gamme à Yaoundé. On nous apprend à utiliser des équipements que nous ne verrons jamais dans nos centres de santé."*

Cette inadéquation conduit souvent les praticiens à improviser des solutions, soulevant des questions éthiques sur les standards de soins et la responsabilité professionnelle. Les participants ont unanimement souligné l'impact significatif des croyances traditionnelles sur la pratique dentaire.

Tableau IV : synthèse de l'analyse thématique des défis éthiques (n=15)

| Thème                                               | Sous-thèmes                                          | Citations illustratives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tension entre rentabilité et soins de qualité       | - Coût des soins vs capacité financière des patients | <i>"Quand un patient ne peut pas payer pour un traitement idéal, on est tiraillé entre ne rien faire ou proposer une solution de compromis qui n'est pas optimale mais qui soulage."</i> (P07, femme, 38 ans, secteur privé)<br><i>"Des patients viennent avec juste assez d'argent pour une extraction, alors qu'une conservation serait possible... c'est frustrant de devoir extraire une dent sauvable parce que le patient ne peut pas se permettre un traitement conservateur."</i> (P12, homme, 45 ans, secteur public)                        |
|                                                     | - Pressions pour privilégier les actes rentables     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                     | - Dilemmes concernant la qualité des matériaux       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Inadéquation entre formation et réalités du terrain | - Formation basée sur des standards occidentaux      | <i>"On nous a formés selon des standards européens, avec tout l'équipement nécessaire... puis vous arrivez dans un centre de santé de district où même l'eau courante n'est pas garantie. Comment appliquer ce qu'on a appris?"</i> (P03, homme, 33 ans, secteur public)<br><i>"J'ai dû développer mes propres techniques adaptées aux conditions locales. Ce n'est pas ce qu'on m'a enseigné, mais c'est ce qui fonctionne ici."</i> (P09, femme, 51 ans, secteur mixte)                                                                             |
|                                                     | - Manque d'équipement moderne                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                     | - Solutions improvisées face aux limitations         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Influence des croyances traditionnelles             | - Méfiance envers la médecine moderne                | <i>"Certains patients consultent d'abord un guérisseur traditionnel. Ils arrivent chez nous avec des complications avancées et des tissus endommagés par des traitements traditionnels inadaptés."</i> (P05, homme, 47 ans, secteur public)<br><i>"Une patiente a refusé l'extraction d'une dent infectée car dans sa culture, perdre une dent volontairement porte malheur. J'ai essayé d'expliquer les risques, mais elle a préféré partir. Elle est revenue deux semaines plus tard avec un abcès sévère."</i> (P14, femme, 36 ans, secteur privé) |
|                                                     | - Interférence des traitements traditionnels         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                     | - Communication interculturelle difficile            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

La coexistence de systèmes de croyances médicales pluriels au Cameroun crée des situations où les recommandations scientifiques se heurtent aux convictions culturelles profondément ancrées. Un praticien avec 22 ans d'expérience a observé :

*“Le Serment d'Hippocrate nous enjoint de respecter l'autonomie du patient, mais que faire quand cette autonomie est influencée par des croyances qui peuvent être préjudiciables à sa santé? C'est un équilibre délicat entre respect culturel et devoir médical.”*

Plusieurs participants ont noté l'importance de développer des compétences en communication interculturelle, adaptant leur discours médical pour le rendre accessible et acceptable dans le contexte culturel local. Face aux défis éthiques rencontrés, les praticiens ont développé diverses stratégies d'adaptation, résumées dans le Tableau V.

Tableau V : stratégies d'adaptation face aux dilemmes éthiques (N=47)

| Stratégies                                                         | n (%)      |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| Adapter les plans de traitement aux moyens financiers des patients | 43 (91,5%) |
| Échelonner les paiements                                           | 41 (87,2%) |
| Consulter des confrères face aux cas difficiles                    | 36 (76,6%) |
| Improviser avec les ressources disponibles                         | 35 (74,5%) |
| Intégrer les croyances culturelles dans l'approche thérapeutique   | 30 (63,8%) |
| Proposer des alternatives thérapeutiques hiérarchisées             | 29 (61,7%) |
| Organiser des séances d'éducation communautaire                    | 23 (48,9%) |
| Référer les patients vers des structures mieux équipées            | 21 (44,7%) |
| Participer à des groupes de discussion entre pairs                 | 18 (38,3%) |
| Mettre en place un système de subventions croisées                 | 12 (25,5%) |

La grande majorité des praticiens (91,5%) adaptaient les plans de traitement aux moyens financiers des patients et proposaient des modalités de paiement échelonné (87,2%). Plus des trois quarts (76,6%) consultaient des confrères face aux cas éthiquement complexes, tandis que 74,5% déclaraient devoir régulièrement improviser avec les ressources disponibles. L'intégration des croyances culturelles dans l'approche thérapeutique était pratiquée par 63,8% des participants.

## Discussion

Cette étude explorant l'application quotidienne des principes du Serment d'Hippocrate en médecine bucco-dentaire à Yaoundé et Douala, révèle un écart significatif entre l'adhésion théorique aux principes éthiques et leur mise en œuvre pratique face aux contraintes contextuelles. Nos résultats montrent une adhésion fortement différenciée aux quatre principes éthiques fondamentaux. La prédominance de l'adhésion aux principes de bienfaisance (87,2%) et de non-malfaisance (76,6%) par rapport au respect de l'autonomie (61,7%) et à la justice (53,2%) pourrait

s'expliquer par la persistance d'une approche paternaliste dans la relation médecin-patient au Cameroun, comme l'ont également observé Tantchou et al. dans leur étude sur les pratiques médicales en Afrique centrale [14]. Cette hiérarchisation des principes éthiques reflète potentiellement l'influence de facteurs culturels spécifiques. Dans de nombreuses sociétés africaines, l'autonomie individuelle est conceptualisée différemment du modèle occidental, avec une dimension plus communautaire des décisions de santé [15]. Cependant, cette approche peut entrer en tension avec l'évolution globale vers une pratique dentaire centrée sur le patient et le consentement éclairé [16]. Le principe de justice, avec seulement 53,2% de forte adhésion, représente le défi éthique le plus important. Ce résultat fait écho aux observations de Mbaye et al. sur les dilemmes de l'équité en santé dans les systèmes à ressources limitées, où les praticiens doivent quotidiennement faire face à l'inadéquation entre les besoins et les ressources disponibles [17]. La différence significative d'adhésion à ce principe entre praticiens du public (68,4%) et du privé (40,9%) reflète probablement les contraintes économiques spécifiques à chaque secteur, les praticiens privés devant concilier équité d'accès et viabilité économique. Les contraintes économiques des patients, citées par 89,4% des participants comme obstacle majeur, confirment les observations de Bonfoh et al. [18] sur l'impact de la pauvreté sur l'accès aux soins bucco-dentaires en Afrique subsaharienne. Dans un pays où moins de 10% de la population bénéficie d'une couverture santé formelle [19], les considérations financières conditionnent inévitablement les décisions thérapeutiques, plaçant les praticiens dans des situations éthiquement complexes où ils doivent souvent choisir entre le traitement optimal et le traitement financièrement accessible.

Le manque de ressources matérielles (80,9%) et le déficit en personnel qualifié (63,8%) reflètent les défis structurels du système de santé camerounais documentés par Amani et al. [20]. Cette pénurie de ressources crée ce que Mbanya et al. ont appelé une “éthique de la rareté”, où les principes bioéthiques occidentaux doivent être réinterprétés à la lumière des contraintes locales [21]. Un participant a exprimé cette réalité en ces termes : “Préserver l'autonomie du patient en lui présentant toutes les options thérapeutiques devient presque cynique quand on sait que la plupart de ces options sont inaccessibles, soit par manque de moyens, soit par manque d'équipement.” Les divergences culturelles avec les patients (57,4%) constituent un obstacle particulièrement complexe dans le contexte camerounais, caractérisé par une grande diversité ethnique et culturelle. Comme l'ont souligné Marzke et al., la médecine dentaire moderne, avec ses origines occidentales, peut entrer en conflit avec

les conceptions traditionnelles de la santé bucco-dentaire [22]. Nos résultats montrent que ce choc culturel peut compromettre l'alliance thérapeutique et la confiance, essentielles à une pratique éthique.

L'analyse thématique a mis en lumière le fossé entre la formation académique reçue et les conditions d'exercice réelles, créant ce que Souza et al. ont décrit comme une "dissonance éthique" chez les praticiens [23]. Ce phénomène résulte en grande partie de l'importation de modèles éducatifs occidentaux sans adaptation suffisante au contexte local, problématique déjà identifiée par Frenk et al. dans leur analyse des systèmes de formation médicale dans les pays en développement [24]. Les participants ayant moins de 10 ans d'expérience étaient significativement plus susceptibles de citer la déficience de la formation en éthique comme obstacle (68,8% contre 38,7%,  $p=0,041$ ), suggérant une prise de conscience croissante de l'importance d'une formation éthique contextualisée chez les jeunes praticiens. Cette tendance positive est également observée par Ogunbodede et al. dans son étude sur l'évolution de l'enseignement de l'éthique dans les facultés dentaires africaines [25].

Notre étude révèle également comment les praticiens développent empiriquement ce que Kleinman et al. ont qualifié de "compétence culturelle clinique", adaptant leurs pratiques aux réalités locales à travers un processus d'apprentissage par l'expérience [26]. Un participant avec 18 ans d'expérience a décrit ce processus : "Avec le temps, j'ai appris à négocier entre l'idéal thérapeutique et le possible. Ce n'est pas quelque chose qu'on m'a enseigné à l'université, mais plutôt une sagesse acquise sur le terrain, en dialoguant avec les patients et en comprenant leurs contraintes." Face aux défis éthiques, les praticiens ont développé diverses stratégies d'adaptation qui témoignent d'une forme de résilience et d'innovation contextuelle. L'adaptation des plans de traitement (91,5%) et l'échelonnement des paiements (87,2%) représentent des approches pragmatiques largement répandues. Ces pratiques, également documentées par Okunseri et al. dans d'autres contextes africains, constituent une réponse créative aux contraintes économiques [27]. L'intégration des croyances culturelles dans l'approche thérapeutique (63,8%) illustre une forme de "médecine dentaire culturellement compétente" telle que conceptualisée par Donate-Bartfield et al. [28]. Cette approche reconnaît que l'efficacité thérapeutique ne peut être dissociée de l'acceptabilité culturelle des soins. Un participant a partagé une expérience illustrative : "Une patiente refusait un traitement endodontique parce qu'elle croyait que sa douleur était causée par un sortilège. Au lieu de rejeter cette croyance, j'ai pris le temps de lui expliquer comment le traitement pouvait résoudre son problème, tout en respectant sa vision du monde. Elle a finalement

accepté le traitement et a été soulagée." Le recours à la consultation entre confrères (76,6%) face aux cas éthiquement complexes suggère l'émergence informelle de ce que Callahan et al. ont décrit comme des "communautés de pratique éthique", où la délibération collective permet de naviguer les zones grises de la pratique quotidienne [29]. Cette approche collaborative pourrait constituer une base pour le développement de structures plus formelles de soutien éthique. Nos résultats soulignent la nécessité de développer ce que Tangwa et al. ont appelé une "bioéthique interculturelle", qui reconnaît la pluralité des contextes d'application des principes éthiques universels [30]. Dans le contexte camerounais, cette approche implique de repenser l'interprétation du Serment d'Hippocrate à la lumière des réalités socio-économiques et culturelles locales. Plusieurs pistes émergent de notre étude pour renforcer l'application des principes éthiques en médecine bucco-dentaire :

- Adaptation des curricula de formation : Intégrer les réalités locales dans l'enseignement de l'éthique médicale et développer des études de cas contextualisées, comme le suggèrent également Chattopadhyay et al. [31].
- Développement de directives éthiques adaptées : Élaborer des recommandations éthiques qui tiennent compte des contraintes spécifiques au contexte camerounais, suivant l'approche proposée par Westerhaus et al. [32] pour d'autres domaines médicaux.
- Renforcement des systèmes de solidarité : formaliser et étendre les systèmes de tarification différentielle et de subventions croisées déjà pratiqués informellement par certains praticiens, comme documenté par Dussault et al. [33].
- Formation continue en éthique : Mettre en place des programmes de formation continue spécifiquement dédiés aux dilemmes éthiques rencontrés dans la pratique locale, une approche dont l'efficacité a été démontrée par McCarthy et al. [34].
- Création d'espaces de délibération éthique : Institutionnaliser des forums de discussion entre praticiens pour partager les expériences et élaborer collectivement des approches face aux dilemmes éthiques complexes, suivant le modèle des comités d'éthique clinique proposé par Johanson et al. [35].

### Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Premièrement, l'échantillon était limité aux praticiens exerçant à Yaoundé et Douala, les deux principales villes du Cameroun, et pourrait ne pas refléter pleinement les réalités des zones rurales où les défis pourraient être encore plus marqués.



Deuxièmement, malgré l'anonymat garanti, le biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des participants sur l'adhésion aux principes éthiques. Troisièmement, l'étude n'a pas inclus la perspective des patients, qui aurait pu offrir un éclairage complémentaire sur les dilemmes éthiques identifiés. Enfin, la nature transversale de l'étude ne permet pas d'observer l'évolution des défis éthiques dans le temps.

## Conclusion

Cette étude démontre que l'application quotidienne des principes du Serment d'Hippocrate en médecine bucco-dentaire à Yaoundé et Douala est profondément influencée par les contraintes socio-économiques, le manque de ressources matérielles et les spécificités culturelles. L'adhésion aux principes éthiques varie significativement, avec une prédominance de la bienfaisance et de la non-malfaisance sur l'autonomie et la justice, reflétant potentiellement des différences conceptuelles dans la relation médecin-patient. Les stratégies d'adaptation développées par les praticiens face aux dilemmes éthiques témoignent d'une forme d'innovation contextuelle qui pourrait informer le développement de directives éthiques plus adaptées au contexte camerounais. Ces expériences de terrain constituent une ressource précieuse pour repenser la formation en éthique et les politiques de santé. Les résultats soulignent la nécessité d'une approche contextualisée de l'éthique dentaire, qui reconnaît que les principes universels du Serment d'Hippocrate doivent être interprétés à la lumière des réalités locales. Cette "éthique de situation" ne diminue pas l'importance des valeurs fondamentales, mais enrichit leur application par la prise en compte des contraintes et des opportunités spécifiques au contexte.

Pour renforcer l'application des principes éthiques en médecine bucco-dentaire au Cameroun, il est recommandé de : (1) adapter les curricula de formation aux réalités locales, (2) développer des directives éthiques contextualisées, (3) renforcer les systèmes de solidarité pour faciliter l'accès aux soins, (4) mettre en place des programmes de formation continue en éthique, et (5) créer des espaces formalisés de délibération éthique entre praticiens. Des recherches futures incluant la perspective des patients et explorant plus en détail les variations régionales et culturelles dans l'application des principes éthiques permettraient d'approfondir notre compréhension de ces enjeux complexes.

**Déclaration de conflit d'intérêts :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

**Financement :** fonds propres

**Contributions des auteurs:** **Nkolo Tolo Francis Daniel et Moussi Abel:** conceptualisation, méthodologie, analyse et rédaction de la version originale, **Nseme Etouckey Eric :**

investigation, collecte et analyse des données, **Essi Marie Josée:** relecture, révision et édition. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de cet article

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les chirurgiens-dentistes qui ont accepté de participer à cette étude pour leur temps et leur franchise. Nous remercions également Mme Ndzie Ndzie Antoinette Aimé Christiane pour les analyses statistiques ainsi que le Professeur Essi Marie Josée de l'Université de Yaoundé I pour ses précieux conseils méthodologiques.

## Références

1. Hippocrates. The Oath. In: Hippocratic Writings. Penguin Classics; 1983. p. 67-8.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford University Press; 2019. doi:10.1093/med/9780190640873.001.0001
3. Holden ACL. Dentistry's social contract and the loss of professionalism. Aust Dent J. 2017;62(1):79-83. doi:10.1111/adj.12429
4. Cameroon Ministry of Public Health. National Oral Health Strategic Plan 2018-2023. Government of Cameroon; 2018.
5. World Health Organization. Global Oral Health Status Report. WHO; 2022. doi:10.24318/9789240061781
6. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. Int J Health Policy Manag. 2014;3(2):77-89. doi:10.15171/ijhpm.2014.65
7. Bhutta ZA. Ethics in international health research: a perspective from the developing world. Bull World Health Organ. 2002;80(2):114-20. doi:10.1590/S0042-96862002000200005
8. Loue S, Okello D, Kawuma M. Research bioethics in the Ugandan context: a program summary. J Law Med Ethics. 1996;24(1):47-53. doi:10.1111/j.1748-720X.1996.tb01831.x
9. Mbonda EM, Nguimfack L, Melingui A. Bioéthique et culture au Cameroun : quelles intersections possibles ? Journal International de Bioéthique. 2018;29(2):23-38. doi:10.3917/jib.292.0023
10. Ndjitoyap Ndam EC, Koki Ndombo PO, Biwole Sida M. L'éthique médicale dans les pays aux ressources limitées : cas du Cameroun. Ethics Med Public Health. 2020;12:100436. doi:10.1016/j.jemep.2019.100436
11. Joda T, Walimo T, Probst-Hensch N, et al. Health Data in Dentistry: An Attempt to Master the Digital Challenge. Public Health Genomics. 2019;22(1-2):1-7. doi:10.1159/000501643
12. Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, et al. Profile and competences for the European dentist. Eur J Dent Educ. 2005;9(3):98-107. doi:10.1111/j.1600-0579.2005.00369.x
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
14. Tantchou J, Gruénais ME. Disparités d'accès aux soins au Cameroun : le cas des personnes vivant avec le VIH/sida. Santé. 2009;19(3):163-170. doi:10.1684/san.2009.0162
15. Metz T. African ethics. In: LaFollette H, editor. The International Encyclopedia of Ethics. Wiley-Blackwell; 2013. p. 129-38. doi:10.1002/9781444367072.wbiee529
16. Ogunbodede EO. Ethics in Dentistry: A Review. Nigerian Dental Journal. 2015;23(2):81-96.
17. Mbaye EM, Ridde V, Kâ O. Les bonnes intentions ne suffisent pas : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. Santé Publique. 2013;25(1):107-112. doi:10.3917/spub.131.0107

18. Bonfoh B, Raso G, Koné I, et al. Research in a war zone. *Nature*. 2011;474(7353):569-571. doi:10.1038/474569a
19. Kankeu HT, Boyer S, Fodjo Toukam R, Abu-Zaineh M. How do supply-side factors influence informal payments for healthcare? The case of HIV patients in Cameroon. *Int J Health Plann Manage*. 2016;31(1). doi:10.1002/hpm.2266
20. Amani A, Bih RH, Chi PC. Challenges in the Cameroonian health system: A critical review of the COVID-19 crisis management. *Health Policy Open*. 2021;2:100044. doi:10.1016/j.hpopen.2021.100044
21. Mbanya D, Ngufor G. Ethics of refusing to treat patients with HIV in resource-constrained settings. *Lancet*. 2021;397(10281):1268-1270. doi:10.1016/S0140-6736(20)32475-6
22. Marzke R, Crigger BJ. Cultural sensitivity in dental ethics education. *J Dent Educ*. 2021;85(S1). doi:10.1002/jdd.12484
23. Souza KC, Dinato TS, Bighetti WVF. Ethical challenges in dental practice during the COVID-19 pandemic. *Ethics Med Public Health*. 2021;19:100712. doi:10.1016/j.jemep.2021.100712
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
25. Ogunbodede EO. Dental ethics education in Africa. *Ethics Med Public Health*. 2020;15:100527. doi:10.1016/j.jemep.2020.100527
26. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press; 1980. doi:10.1525/9780520340848
27. Okunseri C, Bajorunaite R, Mehta J, et al. Factors associated with receipt of preventive dental treatment procedures among adult patients at a dental training school in Wisconsin, 2001-2002. *Gend Med*. 2009;6(1):272-6. doi:10.1016/j.genm.2009.04.001
28. Donate-Bartfield E, Lausten L. Why practice culturally sensitive care? Integrating ethics and behavioral science. *J Dent Educ*. 2002;66(9):1006-11. doi:10.1002/j.0022-0337.2002.66.9.tb03569.x
29. Callahan D, Jennings B. Ethics and public health: Forging a strong relationship. *Am J Public Health*. 2002;92(2):169-76. doi:10.2105/ajph.92.2.169
30. Tangwa GB. Bioethics: An African perspective. *Bioethics*. 1996;10(3):183-200. doi:10.1111/j.1467-8519.1996.tb00118.x
31. Chattopadhyay S, De Vries R. Bioethical concerns are global, bioethics is Western. *Eubios J Asian Int Bioeth*. 2008;18(4):106-9.
32. Westerhaus M, Finnegan A, Haidar M, et al. The necessity of social medicine in medical education. *Acad Med*. 2015;90(5):565-8. doi:10.1097/ACM.0000000000000571
33. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12. doi:10.1186/1478-4491-4-12
34. McCarthy M, O'Connor E, Choy C. Ethics education in dentistry: A systematic review. *Eur J Dent Educ*. 2020;24(4):657-667. doi:10.1111/eje.12557
35. Johanson LS, Nolan MT, Hamric AB. Clinical ethics residencies and fellowships: A scoping review of the literature from 2010 to 2019. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(5):48-54. doi:10.1002/hast.1187