

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (USTTB)



Faculté De Médecine Et D'odontostomatologie
(FMOS)



Année Universitaire 2022-2023

N° :...../

THEME :

**RAISONS DU RECOURS TARDIF AUX SOINS
ODONTO-STOMATOLOGIQUES AU CHU-CNOS
Pr HT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le 30 /10/2023 à la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mlle Salimatou KEITA

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Kassoum KAYENTAO, *Directeur de recherche*

Membre : Pr Ousseynou DIAWARA, *Maitre de recherche*

Directeur : Pr Baba DIALLO, *Maitre de recherche*

Co-Directeur : Dr Aboubacar S.T KANÉ, *Attaché de recherche*

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon très cher père : Mamadou KEITA

Mon père, mon héros, ma source de vie, ma force et mon plus grand amour, je te dois ma réussite. Grâce à ta confiance, ton soutien et ton infini amour je suis à ce stade aujourd'hui. Tu as fait de moi une femme forte, cultivée et confiante en elle-même.

Merci pour l'éducation, les valeurs nobles que tu m'as inculquées ainsi que ton soutien permanent. Puisse Allah, le Tout Puissant t'accorde santé, longévité et le bonheur absolu.

A ma très chère mère : Sadio TOUNKARA

Un proverbe dit : « Dieu ne pouvait être partout alors il a créé la mère », c'est dire que les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour pour ta personne. Pour tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Qu'Allah le tout puissant te donne une très longue vie et une santé de fer dans la joie, la prospérité et l'amour.

REMERCIEMENTS

Remerciements

Nous rendons grâce à Allah le Très Haut, le Tout Puissant et l'Éternel, dans sa Miséricorde et sa grâce de nous avoir donné la santé, la force, le courage et la chance de réaliser ce travail.

A tous mes Maîtres et professeurs d'école, ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que vous avez fournis pour ma formation. Je vous remercie du plus profond de mon cœur.

Au corps professoral, au décanat de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de Bamako : Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes très chers frères: Aliou KEITA, Mamadou Tièmoko KEITA, Abdoul Karim KEITA

Mes frères, mes références, je vous remercie tous de m'avoir soutenu, de m'avoir encouragé et d'être à mes côtés à chaque fois. Je vous souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité. Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments d'amour et de gratitude.

A mes très chères sœurs: Maimouna KEITA, Aissata Djita KEITA, Lalla KEITA, Ramatou KEITA, Fatoumata Bintou KEITA

Je vous remercie pour vos soutiens inconditionnels et vos encouragements durant toutes mes études et surtout ma vie. Merci pour votre présence à mes côtés et votre amour dans de bons et mauvais moments. Je vous souhaite le succès, la santé, la joie et tout le bonheur dans vos vies respectives. Qu'Allah vous protège et vous donne une très longue vie.

A mes chers beaux-frères

Merci pour vos aides, vos soutiens et vos encouragements. Vous avez été à mes côtés lorsque j'avais le plus besoin, qu'Allah le Tout Puissant vous le rende aux centuples.

A mes neveux et nièces :

Merci pour la compagnie et cette joie de vivre que vous me procurez. Qu'Allah vous bénisse et vous donne une très longue vie.

A mes cousins et cousines

Merci pour le bon moment passé depuis notre enfance et pour le soutien.

A mes oncles et tantes paternels et maternelles

Je ne citerai pas de nom de peur d'en oublier tout autant que vous êtes, un grand merci pour l'attention que vous portez à mon égard depuis mon enfance. Ce diplôme est votre et j'espère que je vous honore.

A mes ami(e)s et camarades de classe, Boubacar TRAORE, Malla KEITA, Aminata DOUMBIA, Dia SISSOKO, Fanta TOURE, Yaguimé KODIO, Awa DIALLO, Basso TOURE, Coumba Ismael COULIBALY, Nouhoum TRAORE, Modibo SISSOKO et à tous ceux dont je n'ai pas cité le nom

Je ne pourrai jamais vous remercier assez par les mots. Vous m'avez toujours compris et soutenu, vous avez été à mes côtés chaque fois que j'en avais besoin. Soyez rassurés de mon éternelle amitié et de mon fidèle attachement. Sachez que je suis toujours avec vous de cœur et d'esprit !

A ma meilleure amie, Fatoumata Kati GUINDO

Ma sœur d'une autre mère, c'est avec les larmes aux yeux que je vous exprime toute ma gratitude ; merci de m'avoir tenu la main mois après mois, année après année. Vous avez été un soutien incontestable, vous m'avez toujours apporté votre aide, vos conseils, votre amour inconditionnel je vous en serai toujours reconnaissante. Que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur.

A mes meilleurs amis et confidents, Mamadou KEITA, Ladjji TOUNKARA

Vous avez été là dans les bons, comme dans les mauvais moments de ma vie ; merci à vous de m'avoir fait comprendre le vrai sens de l'amitié. Vos amitiés et vos soutiens m'ont aidé à devenir la personne forte que je suis aujourd'hui, merci à vous de m'aimer et de ne jamais avoir voulu me changer malgré ma personnalité introvertie.

A tout le personnel du CHU CNOS particulièrement Tante Nènè Ballo et ses collaborateurs du service Odontologie conservatrice et endodontique (OCE 1), du cabinet d'Odonto-Stomatologie du CSREF de la commune II et de KITA

Vous avez su concilier détente et rigueur dans le travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes chers aînés, mes frères et sœurs de l'Association des Etudiants en Odontostomatologie du Mali (AEOS-MALI),

Nous nous sommes forgés à travers vous recevez notre profonde gratitude.

Aux cadets de la filière odonto-stomatologie :

Merci pour votre affection et votre sympathie. Persévérance et bonne continuation pour le reste.

Aux camarades de la 10^{ème} promotion de la filière odonto-stomatologie :

Le chemin a été long mais nous avons pu le parcourir ensemble avec beaucoup de sympathie, de cohérence sociale et de l'entente. Nous vous remercions pour le soutien et bonne chance à nous tous pour le reste.

ABREVIATIONS

CB : Chirurgie Buccale

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CMCA-B: Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako

CNOS: Centre National d'Odontostomatologie

Dr: Docteur

FMOS: Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HT: Hamady TRAORE

INFSS: Institut National de Formation en Science de la Santé

OCE: Odontologie Conservatrice et Endodontie

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

Pr: Professeur

SCMF : Stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale

SIH: Système d'Information sanitaire Hospitalier

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Kassoum KAYENTAO

- Directeur de recherche en Epidémiologie / Santé publique
- Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse de MRTC
- Enseignant Chercheur à la FMOS

Cher Maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail.

Nous vous prions d'y trouver l'expression de notre profond respect.

Votre gentillesse et vos qualités pédagogiques, d'écoute expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants.

Qu'il nous soit permis ici de vous prouver notre gratitude et de vous remercier.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Ousseynou DIAWARA

- Maître de recherche en Parodontologie
- Diplômé de la Faculté de Stomatologie de l'Institut d'Etat de Médecine de Krasnodar (ex URSS)
- Spécialiste en santé publique (Odontologie Préventive et Sociale) de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar (Sénégal)
- Ancien médecin chef adjoint au CSREF de Bafoulabé, Kita
- Ancien médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de San
- Représentant du personnel au Conseil d'Administration du CHU-CNOS du Pr Hamady TRAORE (HT)
- Chef de service de Parodontologie au CHU-CNOS Pr H T
- Chef de département Clinique et Médicotechnique du CHU-CNOS Pr HT
- Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître,

Votre dynamisme, votre rigueur, votre ardeur au travail, votre permanente disponibilité malgré vos multiples occupations et surtout l'équilibre que vous réalisez entre votre savoir et vos qualités humaines et intellectuelles font de votre personne un modèle qui force le respect et l'admiration.

Recevez ici cher Maître, le témoignage de notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

Puisse Dieu vous donne santé et longue vie !!!

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Aboubacar Sidiki Thissé KANÉ

- Chirurgien-dentiste Parodontologiste des Armées
- Doctorat en chirurgie dentaire FMPOS de la Guinée Conakry.
- Master en sciences odontologiques parcours parodontologie de l'UCAD.
- Certificat d'Etudes Supérieures en Parodontologie, Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg en France.
- Doctorat d'Université en Parodontologie à l'Ecole Doctorale des Sciences et Techniques du Mali.
- Certifié en Docimologie, Université de Strasbourg en France.
- Attaché de Recherche en Parodontologie.
- Chef de Service d'Odontologie de CMCA-B (Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako).
- Agréé en Chirurgie dentaire et parodontologie auprès des cours et tribunaux du Mali.

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme co-directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été marqués par votre simplicité, votre grandeur humaine et surtout votre rigueur scientifique tout au long de ce travail.

Nous vous saurons gré de trouver ici, cher Maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Baba DIALLO

- Maître de recherche en épidémiologie
- Chirurgien-dentiste, praticien hospitalier au CHU-CNOS Pr HT
- Phd en Epidémiologie, diplômé de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) d'Ouidah au Benin et de l'ISFRA
- Chef de département de santé publique au CHU-CNOS Pr HT
- Enseignant vacataire de bio statistique à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)

Cher Maître,

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Nous tenons à vous remercier sincèrement pour vos précieux conseils, votre réactivité et votre disponibilité sans lesquels la réalisation de ce travail n'aurait pu être possible.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour la qualité de votre enseignement clinique et théorique tout au long de nos études. L'excellence de votre pratique est une source d'inspiration et un modèle à suivre.

Veillez trouver ici le témoignage de notre estime, de notre plus profond respect et de nos remerciements les plus sincères.

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: Le nombre moyen de patient par jour pendant 10jours par service.....	25
Tableau II: Répartition des patients selon les tranches d'âge et selon le sexe.....	30
Tableau III: Répartition des patients en fonction des professions	31
Tableau IV: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction	31
Tableau V: Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	32
Tableau VI: Répartitions des affections bucco-dentaires en fonction de la connaissance des patients .	33
Tableau VII: Répartition l'échantillon en fonction de la période de la dernière consultation.....	35
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du recours au tradithérapeute	36
Tableau IX: Répartition des patients en fonction de la motivation à recourir au tradithérapeute	37
Tableau X: Répartition des patients en fonction du recours à l'automédication	37
Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la motivation à faire l'automédication	38
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du recours au Tradithérapeute + Automédication...	38
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de la motivation à recourir au Tradithérapeute + Automédication	39
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du type des autres raisons socio-culturelles favorisant le recours tardif.....	40
Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux frais de consultation	41
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction des frais de consultation estimés	41
Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux coûts des soins.....	42
Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de l'estimation des coûts des soins	42
Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des coûts des soins antérieurs.....	43
Tableau XX: Répartition des patients en fonction l'appréciation du temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire	44
Tableau XXI: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire	45
Tableau XXII: Répartition des patients en fonction des revenus mensuels	45
Tableau XXIII: Répartition des patients en fonction de la possession d'une assurance maladie	46
Tableau XXIV: Répartition des patients en fonction de la satisfaction du comportement des agents à l'accueil.....	47
Tableau XXV: Répartition des patients en fonction de la distance par rapport au cabinet dentaire.....	48
Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction de l'appréciation de la distance par rapport au cabinet dentaire.....	49

Tableau XXVII: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié à la distance par rapport au
cabinet dentaire.....49

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: Schéma de Keys modifié par Koenig.....	12
Figure 2: Les stades d'évolution de la carie dentaire.....	12
Figure 3: Schéma du parodonte.....	13
Figure 4: Les deux voies de propagation de l'infection dentaire.....	13
Figure 5: Anatomie de la bouche.....	14
Figure 6: Anatomie de l'organe dentaire.....	15
Figure 7: Cellulite séreuse.....	17
Figure 8: Cellulite suppurée.....	17
Figure 9: Abscess dentaire.....	19
Figure 10: Répartition des patients en fonction de la résidence.....	32
Figure 11: Répartition des patients en fonction des connaissances des affections bucco-dentaires.....	33
Figure 12: Répartition des patients en fonction de la connaissance des soins bucco-dentaires dans les structures sanitaires.....	34
Figure 13: Répartition de la population d'étude en fonction du recours aux soins bucco- dentaires dans le passé.....	35
Figure 14: Répartition de la population en fonction de la peur.....	36
Figure 15: Répartition des patients en fonction d'autres raisons socio-culturelles favorisant le recours tardif.....	40
Figure 16 : Répartition des patients en fonction des Avis par rapport aux coûts des soins.....	43
Figure 17: Répartition des patients en fonction de l'estimation du temps d'attente.....	44
Figure 18: Répartition des patients en fonction du type d'assurance maladie.....	46
Figure 19: Répartition des patients en fonction d'obstacle lié à un problème avec un agent de santé à l'accueil.....	47
Figure 20: Répartition des patients en fonction de la présence d'un cabinet dentaire dans la localité ..	48
Figure 21: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux coûts des transports pour recourir au cabinet dentaire.....	50

Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. DEFINITIONS OPERATIONNELES DU RECOURS TARDIF PAR SERVICE :	3
III. OBJECTIFS :	5
IV. GENERALITES.....	7
1. Notion sur les affections bucco-dentaires :	10
2. Cavite buccale [40]:	14
3. Complications principales, régionales et à distance des foyers infectieux dentaires et gingivaux au recours tardif aux soins bucco-dentaires [38] :	15
V. MATERIEL ET METHODE :	21
1. Cadre d'étude :	21
1.1. Présentation	21
1.2. Organisation	21
2. Type d'étude et Période d'étude :	24
3. Population d'étude :	24
□ Critères d'inclusion :	24
□ Critères de non inclusion :	24
4. Echantillonnage	24
5. Déroulement de l'enquête :	26
6. Technique et outil de collecte des données :	26
7. Description des variables :	26
8. Plan de saisie et d'analyse des données :	27
9. Considérations éthiques :	27
VI. RESULTATS :	30
1. Caractéristiques socio démographiques :	30
2. Connaissance sur les affections bucco-dentaires.....	33
3. Raisons liées aux facteurs socio-culturels.....	36
4. Les raisons liées aux systèmes de soins	41
5. Les raisons liées aux agents de santé	47
6. Les raisons liées à l'accessibilité géographique :	48

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
VIII. CONCLUSION :.....	59
IX. RECOMMANDATIONS :.....	61
X. REFERENCES :.....	63
XI. ANNEXES.....	xvii

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé buccodentaire comme l'absence de douleur buccale ou faciale, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et de perte de dents, de cancer buccal ou pharyngé [1] ainsi que d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, parler et sourire d'une personne, et donc son bien-être psychosocial. Une dentition saine à chaque étape de la vie est nécessaire à toutes les fonctions humaines essentielles comme se nourrir, parler, sourire. [2]. Le dictionnaire *Larousse* définit l'odontostomatologie comme une discipline médicale constituée par l'odontologie et la stomatologie combinées, qui se consacre à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies et des anomalies affectant la bouche et les dents. La bouche est aussi le miroir du corps, révélatrice de maladies systémiques et de mauvaises habitudes de vie. Plusieurs études épidémiologiques ont apporté la preuve du lien entre les caries, les parodontites et différentes maladies systémiques telles que le diabète, les obstructions chroniques des voies respiratoires, la drépanocytose, les maladies rénales chroniques et la polyarthrite rhumatoïde [3].

Pour Duncan R et al (2003), les douleurs dentaires représentent un bon prédicteur du recours aux soins et de la perception des besoins de soins de la population [4]. Selon Despres C (2013), le non recours est une situation dans laquelle l'individu ne peut satisfaire un besoin de soins, conscient ou inconscient, légitime ou illégitime [5]. Le mot tardif «bas latin *tardivus*, du latin classique *tardus*, qui tarde » est défini comme ce qui arrive tard, après le temps normal ou prévu ; qui se situe à un moment avancé [6].

Mathilde Van Durme décrivait quel qu'en soit le motif, le non-recours ou le recours tardif comme toute personne qui ne bénéficie pas d'une prestation ou d'un service auquel elle pourrait prétendre [7]. Le non recours total concerne l'utilisateur qui ne reçoit aucun soin. Le non recours partiel concerne une situation dans laquelle seulement une partie des soins sera perçue. Le non recours temporaire, ou tardif, est présent lorsque l'utilisateur tarde à bénéficier du soin concerné. Le non recours est fondé sur un besoin subjectif, tel qu'il est appréhendé par l'individu le dentiste ou le patient [8]. Le recours aux soins dentaires est souvent insuffisant, pour des raisons socio-économiques, mais également par méconnaissance de leur importance [9].

Dans notre contexte le recours tardif aux soins odonto-stomatologiques se définit comme le fait de solliciter l'assistance ou de rechercher le secours d'un chirurgien-dentiste ou d'un stomatologue à un stade très avancé de la maladie. En cas de recours précoce les décès sont

rare dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Malheureusement à cause du recours tardif, il y a des cas de décès dus aux affections odonto-stomatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Pr HT – Centre National d'Odonto-Stomatologie (CHU-CNOS Pr HT). Selon les données du système d'information hospitalier (SIH) du CHU-CNOS, les taux de mortalité intra hospitalière parmi les patients hospitalisés étaient respectivement de 2,7% en 2021 et 2% en 2022. [10]. Ces cas de décès étaient attribuables à la cellulite diffuse (complication grave de la carie dentaire). Tous ces cas s'expliquent par le recours tardif aux soins odonto-stomatologiques. Notre but est d'observer zéro décès dans la structure.

En vue d'apporter notre modeste contribution à la diminution de la mortalité liée au recours tardif, nous avons initié cette étude sur les raisons de recours tardif aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS Pr HT.

II. DEFINITIONS OPERATIONNELES DU RECOURS TARDIF PAR SERVICE :

Le CHU-CNOS Pr HT dispose de plusieurs services dont:

❖ *Odontologie conservatrice endodontie (OCE):*

Est considéré comme recours tardif au service d'OCE le fait de recourir aux cabinets de soins dentaires avec des stades avancés de la carie dentaire (Carie 4^{ème} degré).

❖ *Chirurgie buccale:*

Tout patient se présentant aux cabinets de chirurgie buccale avec des dents complètement délabrées (chicots/dent à l'état de racine), abcès dentaire, fistule cutano-muqueuse est considéré comme un cas de recours tardif au service de chirurgie buccale.

❖ *Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale (SCMF)*

Est considéré comme cas de recours tardif au SCMF un patient souffrant de cellulite aigue suppurée, gangreneuse et des tumeurs oro-faciales en stade avancé.

❖ *Parodontologie :*

En parodontologie une personne est dite avoir eu un recours tardif lorsqu'elle présente des pathologies comme les parodontites chroniques, gingivites chroniques lors de la consultation.

OBJECTIFS

III. **OBJECTIFS :**

Objectif général :

Etudier les raisons du recours tardif aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS Pr HT de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les raisons socio-culturelles du recours tardif des patients aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS Pr HT de Bamako;
- Identifier les raisons du recours tardif des patients liées au système de soins du CHU-CNOS Pr HT de Bamako ;
- Identifier les raisons du recours tardif des patients liées aux agents de santé du CHU-CNOS Pr HT de Bamako ;
- Identifier les raisons du recours tardif des patients liées à l'accessibilité géographique ;

GENERALITES

IV. GENERALITES

❖ RECOURS :

Le mot recours « latin *recursus*, de *recurere*, *revenir en courant* » est défini comme l'action par laquelle on recherche le secours, l'aide, l'assistance de quelqu'un ou de quelque chose, selon le dictionnaire *LAROUSSE* [11]. Selon le dictionnaire du Droit Privé le recours est le fait d'en appeler à une tierce personne ou à une institution, pour obtenir la reconnaissance d'un droit qui a été méconnu [12]. Dans notre contexte le recours aux soins d'odontostomatologie se définit comme l'action d'aller voir, de rechercher l'assistance d'un chirurgien-dentiste ou d'un stomatologue pour bénéficier d'un ou des soins.

❖ RECOURS TARDIF :

Le mot tardif «bas latin *tardivus*, du latin classique *tardus*, qui tarde » est défini comme ce qui arrive tard, après le temps normal ou prévu ; qui se situe à un moment avancé [6]. Le non recours temporaire, ou tardif, est présent lorsque l'utilisateur tarde à bénéficier du soin concerné [13].

En droit la notion de «non recours» ou de «non demande», renvoie aux personnes qui ne peuvent pas faire valoir leurs droits en raison de différents obstacles. Selon l'observatoire des non recours aux droits et services (Odenore) «la question du non recours renvoi à toute personne qui ne reçoit pas quelle qu'en soit la raison une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande, et non proposition, les situations de non recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation » [14].

Les modèles des croyances relatives à la santé ou Health Belief Model (HBM) décrivent les déterminants de l'intention d'action en faisant interagir les connaissances en matière de santé et l'intérêt pour la santé avec différents ordres de croyances et de perceptions, influencées par des facteurs inducteurs (âge, sexe, ethnie, personnalité, classe sociale) Les HBM reposent sur le postulat que «tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie» [15].

Selon Donabedian l'individu est doté d'une prédisposition à consommer des soins (ses préférences, en quelque sorte, qui peuvent être culturellement déterminées). Dans ce modèle,

le rôle de l'évaluateur de l'accès aux soins consiste à estimer l'impact de ces obstacles, c'est-à-dire à « expliquer » le recours aux soins, toutes choses étant égales par ailleurs en ce qui concerne les préférences et les besoins, par les différents obstacles [16].

Aux USA en 2013, Renata L et al ont réalisé une étude sur l'évaluation des besoins et obstacles du recours aux soins bucco-dentaires. Ils ont constaté que malgré les efforts fournis par l'Etat américain dans le développement de la santé bucco-dentaire au cours de la dernière décennie, des disparités subsistent dans le recours aux soins bucco-dentaires en fonction des groupes de population. Les auteurs ont identifié les obstacles suivants susceptibles d'influencer le recours aux soins bucco-dentaires le faible revenu, la peur de la douleur, la mauvaise expérience de la première visite chez le dentiste, l'impatience du personnel de santé et l'utilisation des « remèdes maison » pour soulager la douleur dentaire (placer les sachets de thé et / ou de la glace au niveau de la zone concernée) [17].

Les données qualitatives ont été recueillies en Belgique par Van Durme en 2020 par le biais d'une enquête appliquée auprès de 17 dentistes généralistes, en vue d'objectiver le point de vue des dentistes sur la problématique de non recours et de recours tardif aux soins de santé dentaire, et sur l'efficacité des mesures pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé dentaire. En premier lieu, de manière systématique et soutenue par les dentistes interrogés, le motif de la peur a été le plus évoqué. Deuxièmement, la barrière financière face aux soins dentaires a également été évoquée par plusieurs dentistes. Malgré que ces patients reconnaissent les difficultés financières que peuvent constituer le cout des soins dentaires, ils ne l'ont pas évoqué comme étant la cause principale [18]. En effet, en 2013, 8% des ménages belges ont déclaré avoir dû reporter des soins pour des raisons financières [19]. En 2018, 15,1% des ménages considèrent les dépenses de santé comme une charge financière lourde [20]. Les motifs de non recours aux soins de santé dentaires, du point de vue des dentistes, ne sont pas seulement économiques ou sociaux mais également psychologiques et éducationnels [21]. Une enquête multicentrique menée par Ahossi V en 2003 [22] en France donne sensiblement les mêmes résultats, 45% des motifs de consultation sont les douleurs, 24% représentent les pathologies infectieuses, 24% les traumatismes, 3% les hémorragies et 4% des motifs classés autres.

Une étude réalisée sur la diffusion cervicale d'une cellulite d'origine dentaire à propos d'un cas clinique et d'un cas anatomique par Randriamanantena et al au Madagascar en 2014 a permis de montrer que la cellulite d'origine dentaire est plus observée chez les sujets jeunes de 20 à 30 ans. Ce cas de cellulite s'expliquait par le recours tardif aux soins [23].

La mauvaise santé bucco-dentaire cause des douleurs insupportables à des millions de personnes en Afrique. Elle augmente la charge financière qui pèse sur la société et affecte considérablement la qualité de vie et le bien-être des individus concernés [24].

Selon une étude menée en Côte-d'Ivoire par Samba M et al en 2004 [25], la douleur demeurait le principal motif de consultation aussi bien pour les soins modernes que les traditionnels, ce qui nous rapporte à une étude menée par Varenne B et al au Burkina-Faso en 2005 dans laquelle a été observé que 60% de la consultation étaient en rapport avec la douleur [26]. Une étude transversale à visée descriptive a été réalisée en 2019 par Gare JW et al au service d'odontostomatologie du centre hospitalier régional de Banfora au Burkina Faso sur le recours tardif aux soins bucco-dentaires en zone semi urbaine au Burkina Faso sur les connaissances et pratiques des populations sur la carie dentaire et ses complications. Parmi les complications rencontrées, la cellulite cervico-faciale avec un taux de 54,7% étaient la plus dominante. Pour 59,3% des patients la cavitation était considérée comme signe de début de la carie dentaire contre 40,7% qui identifiaient la douleur comme signe annonciateur de la maladie. Le traitement de carie dentaire se résumait en une extraction dentaire pour raison de recours tardifs. La tuméfaction jugale ou buccale était évoquée par 59 % des enquêtés comme complication de la carie dentaire. Le délai de recours au cabinet dentaire était de plus de trente jours après les premiers signes de la carie pour 91,9 % des sujets. Pour justifier la consultation tardive 63,03 % évoquaient un motif financier et 23,3 % croyaient à une guérison spontanée de la lésion ; 9,72 % ont évoqué une négligence. Dans la majorité des cas (81,40%), les patients avaient eu recours à l'automédication et 11,63% à la pharmacopée traditionnelle. Gare et al ont conclu que cette étude montre une méconnaissance de la carie dentaire et de ses complications et un recours tardif aux soins bucco-dentaires par les populations de Banfora au Burkina. Ils estiment qu'ils s'avèrent nécessaire la mise en place d'une politique de promotion de la santé bucco-dentaire basée principalement sur le renforcement des activités de communication sur la santé bucco-dentaire en général et sur la carie dentaire en particulier au niveau du premier échelon et l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux soins [27].

Une étude réalisée au Sénégal par Faye D et al en 2012 sur un échantillon de 2254 patients ont trouvé que 13,6% des sujets disent avoir consulté le chirurgien-dentiste en cas de problème bucco-dentaire ; 41,6% avaient recours à l'automédication, 24 % avaient sollicité le guérisseur traditionnel et 20,8 % attendaient la guérison de façon naturelle [28]. Ce qui nous rapporte à une étude menée par Sangaré AD et al, sur le comportement en santé oral et recours aux soins buccodentaires dans le département de Dabou en Côte d'Ivoire sur 927 personnes, 301

personnes ont eu recours à un tradipraticien, 310 ont consulté un chirurgien-dentiste, alors que 316 personnes ont renoncé aux soins. Les principales raisons du renoncement aux soins étaient justifiées par : le manque de ressources financières (44,3%), l'automédication (35,1%), la non perception de la nécessité des soins (21,2%) et la peur du matériel des chirurgiens-dentistes (10,1%) [29].

Selon une étude transversale à visée descriptive menée par Kané A.S.T et al au sein du service d'odontologie de l'Infirmierie Hôpital Militaire de Bamako (IHB) au Mali en 2020 sur le Comportements des militaires maliens des forces spéciales présentant une maladie parodontale : de l'apparition des premiers symptômes à la consultation dentaire dont l'objectif était d'objectiver la réalité de ce retard et de comprendre leurs motifs. Seuls 15,9% des patients avaient cherché à obtenir un rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste dans la semaine qui avait suivi l'apparition des symptômes, par contre 43,3% des répondants l'avaient fait au-delà de 15 jours et 40,8% entre 8 et 15 jours. Les principaux motifs des consultations étaient la douleur pour 43,1% des cas et la tuméfaction gingivale pour 40,6% [30]. Berthé D. et al en 2016 dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital de Kayes au Mali ont trouvé que 50,12% des motifs de consultation étaient la carie et/ou ses complications, 37,17% les affections parodontales, 3,96% les traumatismes dentaires ; 2,74% les stomatites, 0,41% les tumeurs et 5,60% les autres pathologies [31].

1. Notion sur les affections bucco-dentaires :

- ❖ **Infection** : C'est la contamination par un agent pathogène (germe), ce dernier peut être: bactéries, virus, parasites ; champignons ou toxines.
- ❖ **Inflammation** : C'est un ensemble de réactions de défense développées par l'organisme face à une agression quelle qu'en soit sa nature.
- ❖ **Foyer d'infection** : se définit comme une zone circonscrite infectée par des micro-organismes qui peuvent ou non donner lieu à des manifestations cliniques.
- ❖ **Infection focale** : se définit comme un sepsis découlant d'un foyer d'infection qui déclenche une infection secondaire dans un tissu proches ou lointains ou des organes.
- ❖ **Affections bucco-dentaires** :

Différentes lésions dentaires et parodontales pouvant aboutir à la formation de foyers infectieux

a) Cellulite :

Les cellulites d'origine bucco-dentaire sont des infections du tissu adipeux localisées principalement dans les tissus mous sous cutanés qui entourent la mandibule et le maxillaire [32].

b) Le noma:

Le noma est une forme grave de stomatite gangréneuse. Il débute généralement par une lésion bénigne de la gencive ou de la joue avant de détruire rapidement les tissus mous et durs de la bouche et du visage, touchant les hommes et les femmes de manière indifférenciée. En l'absence de traitement, il progresse rapidement vers un œdème de la joue ou de la lèvre, visible de l'extérieur.

D'après une enquête réalisée en Afrique par l'OMS en 2007, 39 des 46 États membres interrogés ont rapporté des cas de noma au cours des dernières décennies. Mais les pays tels que le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Niger, le Nigeria, le Mali et le Sénégal forment une région appelée « ceinture du noma » où la morbidité est la plus élevée. Dans ces pays, on estime l'incidence annuelle du noma à 20 cas pour 100 000. En l'absence de traitement, le taux de mortalité s'élève à environ 70 à 90% [33]. Cette maladie résulte d'un manque d'hygiène bucco-dentaire, du recours tardif aux soins bucco-dentaires, d'une malnutrition, des conditions de vie précaires avec une exposition accrue aux infections virales et bactériennes.

c) Carie dentaire :

Dans la littérature internationale on retrouve plusieurs types de définition de la carie. C'est ainsi que :

- **Hess JC** la définit comme étant une maladie qui détruit progressivement les tissus de la surface vers la profondeur à évolution centripète liée à la civilisation, au mode de vie dont l'étiologie est plurifactorielle et dont la fréquence en fait un fléau [34].
- Celle de l'OMS qui est consensuelle affirme que « la carie est un processus localisé d'origine externe apparaissant après l'apparition des dents qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs de la dent et évolue vers la formation d'une cavité [35].
- Celle de Frank et ses collaborateurs mettent l'accent sur l'étiologie : « la carie est avant tout une maladie bactérienne multifactorielle au cours de laquelle des actions diéto-bactériennes contribuent à la déminéralisation des tissus par les acides ».

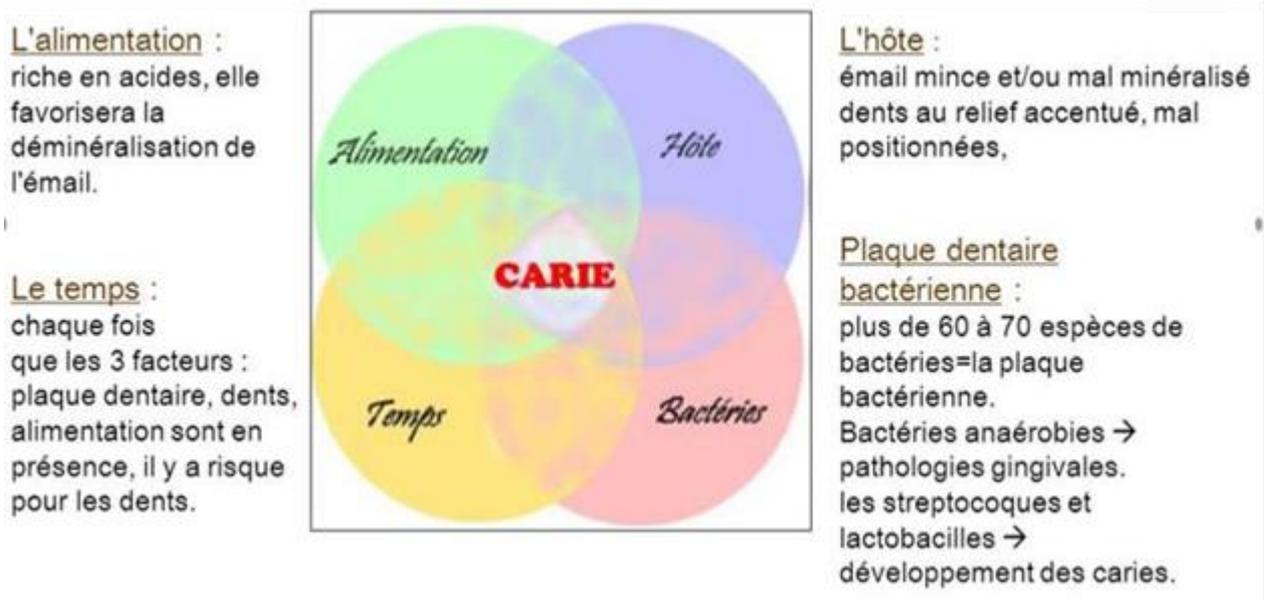


Figure 1: Schéma de Keys modifié par Koenig [36]

La carie représente une des premières affections mondiales.

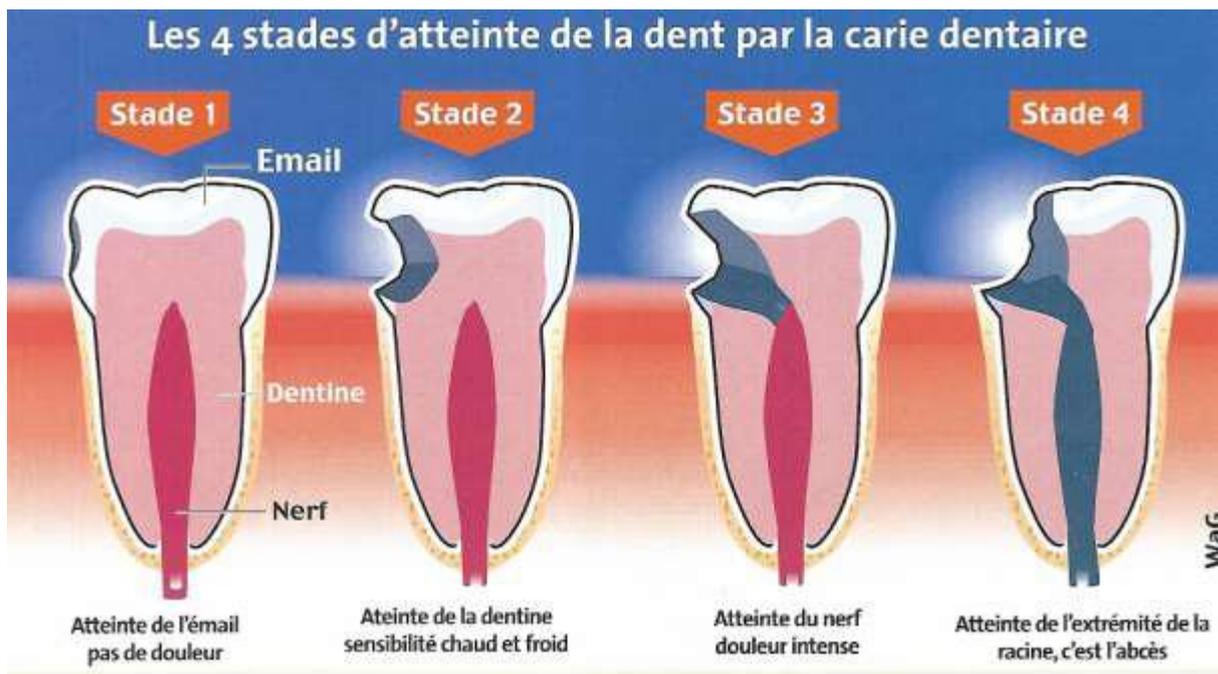


Figure 2: Les stades d'évolution de la carie dentaire [37]

d) Parodontopathie [38]:

Les parodontopathies sont des maladies inflammatoires d'origine bactérienne affectant les tissus de soutien de la dent : gingivites et parodontites.

Selon le tissu concerné, il s'agit de :

- **Gingivite** (gencive),
- **Parodontite** (cément et desmodonte),
- **Alvéolyse** (os alvéolaire).

Très fréquentes, elles constituent un véritable fléau par l'édentation précoce qu'elles entraînent et par leurs complications infectieuses (identiques à celles des caries évoluées : complications locales, locorégionales et à distance).

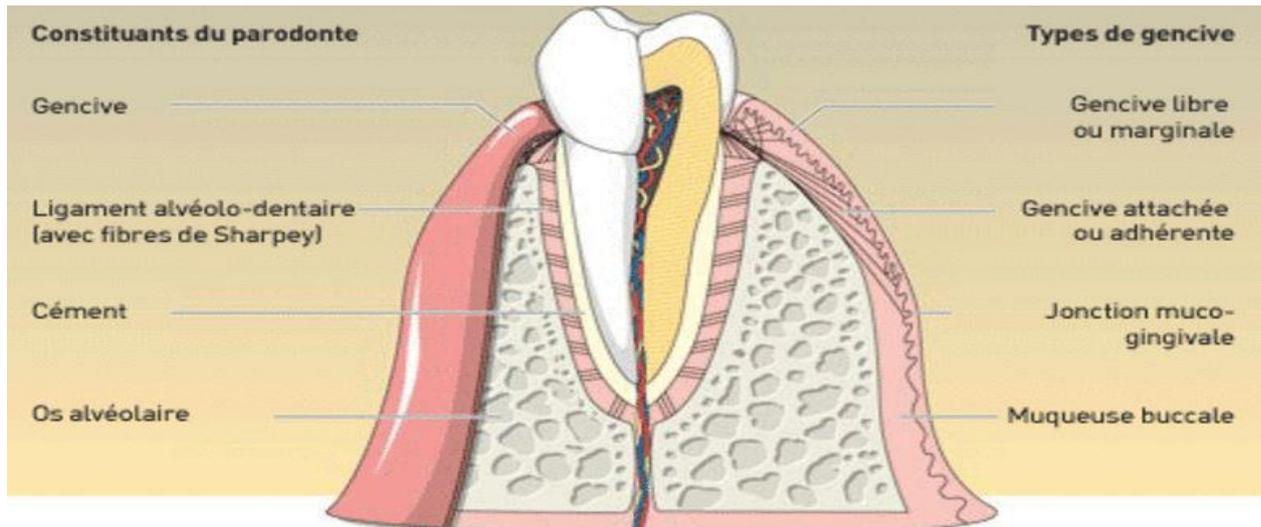


Figure 3: Schéma du parodonte [39]

e) Physiopathologie de l'infection buccodentaire [38]:

Les lésions dentaires et parodontales peuvent aboutir à la formation de foyers infectieux. Deux voies sont possibles pour les bactéries

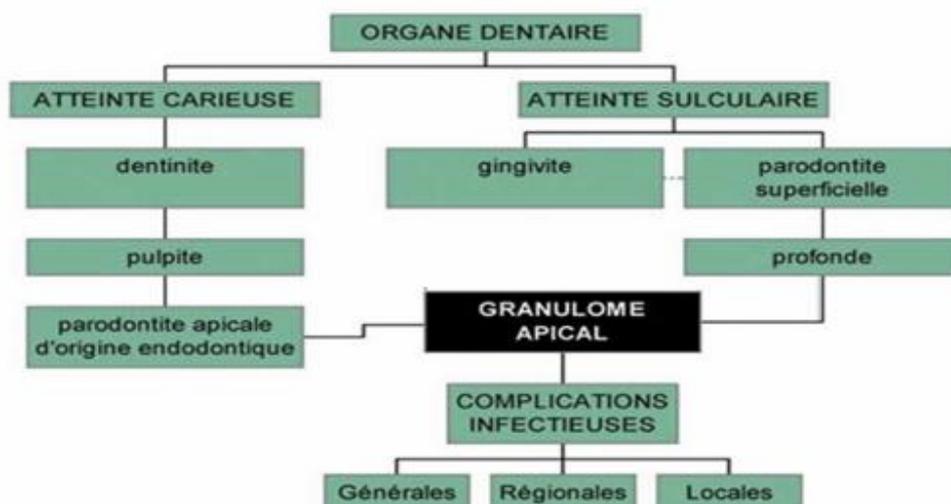


Figure 4: Les deux voies de propagation de l'infection dentaire [38]

2. *Cavité buccale* [40]:

La cavité buccale est le premier segment du tube digestif limitée en avant par les lèvres, latéralement par les joues, en haut par le palais dur, en bas par le plancher buccal et en arrière par l'oropharynx.

Les arcades dentaires divisent la cavité buccale en 2 parties :

- l'une périphérique : le vestibule buccal,
- l'autre centrale : la cavité buccale proprement dite contenant la langue mobile

En dehors de celles-ci, avec l'ostium du canal de STENON, la joue se poursuit en haut et en bas par le vestibule, en avant par les faces internes des lèvres et l'orifice buccal.

En dedans des arcades on a :

- Le palais osseux auquel fait suite le voile en haut et en arrière.
- Le plancher buccal en bas (plancher antérieur et plancher postérieur).
- Le frein lingual.
- L'ostium du canal de WARTHON
- La langue avec ses portions fixe et mobile.

Les dents implantées sur les os maxillaires et mandibulaire avec les mouvements de l'ATM assurent les différentes fonctions de : mastication, déglutition, phonation, respiration, ainsi que l'esthétique (pour les dents antérieures). Ensemble avec le parodonte ils constituent **l'organe dentaire**.

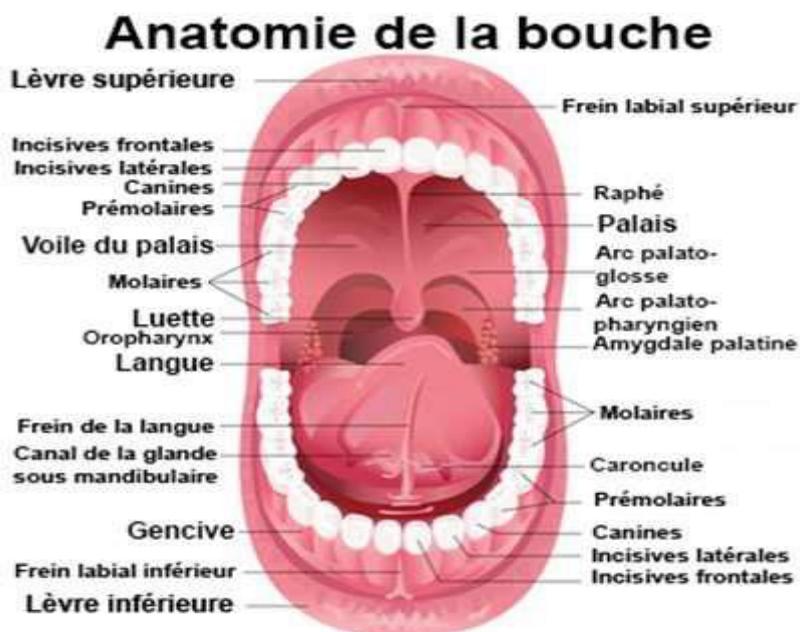


Figure 5: Anatomie de la bouche [41]

ORGANE DENTAIRE : [38]

À la description classique de la dent, formée d'une couronne, d'une racine et creusée d'une cavité pulpaire, s'est substitué le concept large d'organe dentaire. Cet organe dentaire est formé de l'odonte (ou dent anatomique) et de ses tissus de soutien ou parodonte

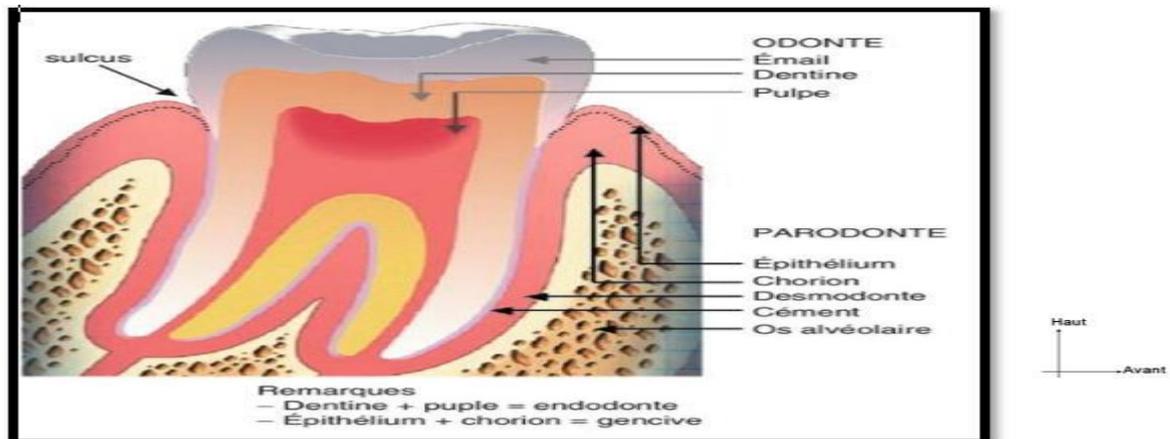


Figure 6: Anatomie de l'organe dentaire [38]

3. *Complications principales, régionales et à distance des foyers infectieux dentaires et gingivaux au recours tardif aux soins bucco-dentaires [38] :*

Le recours tardif aux soins bucco-dentaires peut conduire aux complications des foyers infectieux dentaires :

✓ **Locales :**

- a. **Pyorrhée alvéolodentaire :** Infection suppurée chronique de la gencive, des ligaments alvéolodentaires, à l'origine de lésions dentaires majeures
- b. **Abcès sous-périosté :** Correspond à l'extension de l'infection au niveau des zones où il existe un contact direct entre muqueuse et périoste. Le traitement réside dans son drainage et dans le traitement de la dent causale (endocanalaire ou avulsion).
- c. **Ostéite condensante ou sclérosante :** Est une lésion réactionnelle inflammatoire non tumorale du tissu osseux de la région péri-apicale des dents, consécutive à une lésion d'origine endodontique (inflammatoire ou nécrose).

- d. Fistules oro-cervico-faciales** : C'est un trajet d'évacuation d'une collection suppurée située dans l'os alvéolaire et venant s'ouvrir directement soit à la muqueuse gingivale (intra-orale); soit dans une cavité naturelle de la face (sinus, plancher des fosses nasales, orbite) ou soit à la peau (extra-orale ou cutanée).
- e. Granulome et Kyste apicaux** : Atteinte osseuse alvéolaire au contact de l'apex dentaire, avec formation d'un tissu de granulation, contenant des germes (foyer infectieux latent). Lacune osseuse : ≤ 5 mm = **granulome** ou > 5 mm = **kyste**.
- ✓ **Régionales** :
- a. Sinusite maxillaire** : Résulte d'une inflammation de la muqueuse du sinus maxillaire consécutive à une infection d'origine dentaire.
 - b. Cellulite** : (extension de l'infection dans l'espace celluloadipeux de la face et du cou) localisée ou diffuse ; aiguë ou chronique : 1^{ère} complication des foyers infectieux dentaires [42].
- **Cellulite aiguë** : qui est constituée de 3 stades qui sont : stade séreux non collecté ; stade suppuré collecté ; stade gangréneux.
 - **Cellulite séreuse (non collectée)** : La cellulite séreuse est le tableau initial inflammatoire ; les signes de la desmodontite aiguë prédominant : douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste (dent « trop longue ») et le décubitus ; puis peu à peu apparaît une tuméfaction assez mal limitée, comblant les sillons ou dépressions de la face effaçant les méplats, la peau en regard est tendue, lisse, rosée ; elle est collée à l'os sous-jacent. Dououreux avec augmentation de la chaleur locale ; elle est élastique et ne prend pas de godet.

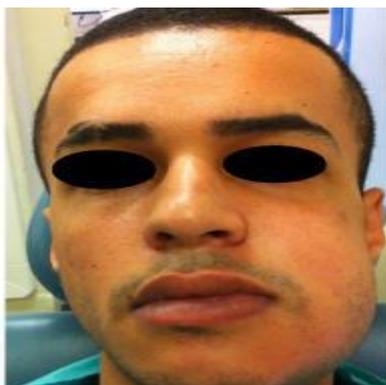


Figure 7: Cellulite séreuse [43]

- **Cellulite suppurée ou collectée** : La tuméfaction est bien limitée, adhérente au plan osseux, et fluctuante. La peau en regard est rouge, tendue, luisante, chaude avec une douleur intense, continue, lancinante, à prédominance nocturne, insomniante, gênant l'alimentation, la déglutition et l'élocution. Trismus possible par infiltration des muscles masticateurs et d'autres signes peuvent être présent selon la localisation/sévérité comme la dysphagie, salivation abondante, insomnie, fièvre 38-39°C, asthénie.



Figure 8: Cellulite suppurée [44]

- **Cellulite gangréneuse ou diffusée** : Il s'agit d'une forme particulière de la cellulite aigüe à germe anaérobie entraînant une production de gaz et une nécrose tissulaire. Son installation se fait secondairement au développement d'un abcès banal.
- **Cellulite subaiguë et chronique** : Elle se manifeste, par une masse souvent jugale qui ne se résorbe pas, et qui est sous des téguments non modifiés. Elle est mobile.
 - c. **Adénite** : Qui est une inflammation aigüe d'un ganglion lymphatique.

- d. **Adénophlegmon**: suppuration d'un ganglion lymphatique de la chaîne jugulo-carotidienne siégeant dans le territoire de drainage d'une porte d'entrée.
- e. **Thrombophlébite** (veine faciale, sinus caverneux): Exceptionnelle, associe syndrome septicémique avec un ou des signes particuliers. Provoque un œdème important de la paupière supérieure et de l'angle interne de l'œil avec une induration douloureuse du cordon veineux angulaire à la palpation.

✓ **À distance :**

- a. **Complications cardiaques** (endocardite bactérienne),
- b. **Ophthalmiques** : uvéite, kératite, ptosis, amaurose brutale
- c. **Digestive** : gastrite, entérite, colite.
- d. **Rhumatologique** : arthrite (notamment sur prothèse).
- e. **Rénale** : glomérulonéphrite proliférative.
- f. **Pulmonaire** : suppuration pulmonaire aiguë ou chronique.
- g. **Métastases septiques à distance** (abcès du système nerveux central, pleuropulmonaire, osseux, rénal).
- h. **Complications générales** (fièvre prolongée inexplicée, septicémie, méningite).

Mobilité dentaire [45] :

La mobilité dentaire est définie comme une augmentation de l'amplitude du déplacement de la couronne dentaire sous l'effet d'une force définie. La classification : MUHELLMANN

- Mobilité 0 : une solution saline
- Mobilité 1 : mobilité de moins de 1mm perceptible par les doigts
- Mobilité 2 : mobilité de 1 mm perceptible par les doigts et visible à l'œil
- Mobilité 3 : mobilité de 1 mm visible à l'œil et mobile dans les deux sens.

✓ **Abcès dentaires [46] :**

C'est toute infection purulente en relation avec les dents. On distingue plusieurs types d'abcès : l'abcès parodontal, l'abcès péri-apical.

Un **abcès parodontal** est une infection localisée dans les tissus parodontaux (gencive et os alvéolaire).

Signes cliniques : gonflement localisée (voussure) ; la gencive est rouge, lisse, vernissé (signes de l'inflammation). Du pus s'évacue à la pression.



Figure 9: Abscès dentaire [46]

Un **abcès péri-apical** est un abcès qui survient au bout de la racine de la dent observé à la suite d'une nécrose de dent ou d'une fêlure ou encore d'une infection sous couronne de dent devitalisée. Le traitement peut être un drainage de l'abcès, un détartrage, un traitement endodontique de la dent concernée associé à une antibiothérapie.

MATERIEL ET METHODE

V. MATERIEL ET METHODE :

1. Cadre d'étude :

1.1. Présentation

L'étude s'est déroulée au CHU-CNOS Pr HT. Il est situé dans la commune III du district de Bamako au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger, à l'Est du haut Conseil des Collectivités territoriales, à l'Ouest de l'Agence Nationale pour la promotion de l'Emploi (ANPE), au Sud du centre de perfectionnement et de reconversion (CPR), rue : Raymond POINCARRE, porte : 870. C'est la structure de 3ème référence au niveau Odonto-stomatologique.

Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986 et a été érigé en établissement Public à caractère administratif (E.P.A) par la loi N0 92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu un Etablissement Public hospitalier (EPH) par la loi N0 03-AN-RM du 14 juillet 2003. Après la signature de la convention Hospitalo-universitaire en 2006 ; l'E.P.H est devenu un Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto-Stomatologie (CHU-CNOS) le 12 Décembre 2006. Ses missions sont les suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés en matière d'odontostomatologie ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical au CHU-CNOS.

1.2. Organisation

Le CHU-CNOS Pr HT est organisé comme suit :

1.2.1. Organes d'Administration et de Gestion :

- Le Conseil d'Administration ;
- La Direction Générale ;
- Le Comité de Direction ;
- Les Organes Consultatifs (CME, CSI, CTE, CTHS).

1.2.1.1. Le Conseil d'Administration :

Le Conseil d'Administration définit la politique générale de l'établissement public hospitalier et délibère sur :

- Le projet d'établissement ;
- Les programmes d'investissement relatifs aux travaux, équipements matériels lourds ;
- Les tarifs ;
- Le budget ;
- La création de postes et les emplois ;
- Les conventions devant être passées par l'établissement ;
- Le rapport d'activités ;
- Le rapport de gestion ;
- Le rapport social ;
- Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
- Les créations, suppressions et transformations des structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et des autres services ;
- Les actions de coopération inter-hospitalière nationale ou internationale ;
- Les modalités de la politique d'intéressement ;
- Le tableau des emplois permanents ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges et affectations ;
- Les emprunts ;
- Le règlement intérieur ;
- L'acceptation et le refus des dons et legs ;
- Les actions judiciaires ;
- Les hommages publics.

1.2.1.2. La Direction Générale :

Le Directeur dirige, anime, coordonne et contrôle l'ensemble des activités du Centre. Il est responsable de la réalisation du programme et des objectifs fixés par le Conseil d'Administration.

À cet effet, il est notamment chargé de :

- Représenter l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- Préparer les travaux du Conseil d'Administration ;
- Exécuter les décisions du Conseil d'Administration ;
- Assurer la gestion et la conduite générale de l'administration illustrée ci-dessous et rendre compte au Conseil d'Administration.

Administration :

- Direction Générale ;
- Service Administratif et Financier ;
- Surveillance Générale ;
- Service de Gestion des Ressources Humaines ;
- Service Social.

Services Médico-Techniques :

- Service d'Odontologie Conservatrice et Endodontie ;
- Service d'Odontologie Chirurgicale ;
- Service de Parodontologie ;
- Service de Pédiodontie et de Prévention ;
- Service d'Orthopédie Dento-Faciale ;
- Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale et d'Imagerie Médicale ;
- Service d'Anesthésie et de Réanimation ;
- Service de Prothèses Dentaires fixées ;
- Service de Prothèses Dentaires mobiles ;
- Pharmacie Hospitalière, Laboratoire d'Analyses Biomédicales.

Services Techniques d'Appui :

- Agence Comptable
- Délégation du Contrôle Financier

1.2.1.3. Le Comité de Direction :

Le Comité de Direction assiste le Directeur Général dans tous les actes de gestion relatifs à la vie de l'établissement. Il est consulté sur :

- Toute mesure de nature à modifier la structure ou les effectifs du service, la durée du travail ou les conditions d'emploi ;
- Toute initiative visant à l'amélioration des conditions de travail et de vie dans l'établissement.

1.2.1.4. Les Organes consultatifs :

Il est institué quatre (04) organes consultatifs au niveau de l'établissement :

- La Commission Médicale d'Établissement (CME) est chargée d'examiner et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats du Centre dans la réalisation de ses missions de soins, de formation, de recherche et d'expertise.
- La Commission des Soins Infirmiers (CSI) est chargée d'analyser et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats dans le domaine de l'accueil et des soins infirmiers.
- Le Comité Technique d'Établissement (CTE) est chargé d'étudier et de donner des avis sur les questions relatives aux conditions de travail.
- Le Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité (CTHS) est chargé d'étudier et de donner des avis sur la protection de l'hygiène, la sécurité des soins, des personnes et des biens.

2. Type d'étude et Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale basée sur l'identification des raisons du recours tardif des patients aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS Pr HT de Bamako. L'étude s'est déroulée du 01 Décembre 2022 au 30 Juin 2023.

3. Population d'étude :

Cette étude a concerné les patients qui ont fréquentés le CHU-CNOS Pr HT de Bamako présentant des complications résultant d'un recours tardif aux soins ;

▪ Critères d'inclusion :

Étaient inclus dans cette étude tous les patients qui se sont présentés avec des complications dues à un retard de consultation et ayant accepté de répondre aux questionnaires

▪ Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus dans l'étude les patients présentant des complications et qui n'ont pas accepté de répondre au questionnaire et les patients ne jouissant pas de leur faculté mentale.

4. Échantillonnage

Sélections des services :

Pour sélectionner les services nous avons utilisé la méthode non probabiliste avec la technique de choix raisonné. Les services d'odontologie conservatrice et endodontie (OCE), de chirurgie buccale (CB) et de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale (SCMF) ont été sélectionnés.

Le taux de fréquentation du service de CB est le plus élevé (30% des consultations totales). La rage dentaire est le motif principal de consultation au service d'OCE. Le service de SCMF reçoit les cas graves et les décès intra-hospitaliers y sont observés.

Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée à travers la formule de D. Schwartz [68]: $n = (Z\alpha)^2 pq/i^2$

- n=taille de l'échantillon
- $\alpha = 5\%$ risque d'erreur, $i = 5\%$ représente la précision
- $Z\alpha =$ valeur de l'écart réduit pour un risque d'erreur ($\alpha = 5\%$) = 1,96
- $p = 0,247$ représente la prévalence du recours aux soins bucco-dentaires
- $q = 1-p = 1-0,247 = 0,753$
- $n = (1,96)^2 \times 0,247 \times 0,753 / (0,05)^2 = 285,68 = 286$

n= 286 personnes [p ; Source référence 52]

Sélections des patients :

Le tableau ci-dessous nous donne le nombre moyen de patient par jour pendant dix jours par différent service sélectionné.

Tableau I: Le nombre moyen de patient par jour pendant 10jours par service

DATES	OCE	CB	SCMF	TOTAL
10 octobre 2022	56	51	27	134
11 octobre 2022	33	27	17	77
12 octobre 2022	35	22	14	71
13 octobre 2022	33	24	15	72
14 octobre 2022	22	16	14	52
17 octobre 2022	57	48	29	134
18 octobre 2022	32	33	21	86
19 octobre 2022	28	28	19	75
20 octobre 2022	29	27	16	72
21 octobre 2022	38	23	6	67
TOTAL	363	299	178	840

Les patients OCE représentent 43, 21% de l'ensemble des patients de ces trois services après 10 jours de consultation. Le CB représente 35,6% et le SCMF 21,19%. Ces mêmes proportions

ont été utilisées pour déterminer leurs parts dans l'échantillon. Sur un échantillon de 286 patients :

Le service de CB aura $(35,6 \times 286) / 100 = 102$ patients

Le service OCE aura $(43,21 \times 286) / 100 = 123$ patients

Le service de SCMF aura $(21,19 \times 286) / 100 = 61$ patients

Pendant la période de l'enquête nous avons sélectionné par un échantillonnage de type exhaustif tous les patients répondant à nos critères d'inclusion jusqu'à l'obtention de notre échantillon.

5. Déroulement de l'enquête :

Les patients ont été sélectionnés dans la salle de tri avant leur orientation dans les services. La salle de tri s'occupe du dispatching des patients après une première consultation bucco-dentaire.

6. Technique et outil de collecte des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête ou questionnaire.

7. Description des variables :

❖ Variables/ caractères sociodémographiques :

- **Age :** C'est l'âge en année/dernier anniversaire
- **Sexe :** Détermine le genre (masculin / féminin)
- **Profession :** Détermine l'activité exercée par nos répondants.
- **Niveau d'instruction :** Correspond à la dernière année d'études de la personne dans le système d'enseignement (non scolarisé, primaire, secondaire, supérieur).
- **Résidence :** Nous permet de connaître le lieu où la personne habite la plupart du temps.
- **Statut matrimonial :** Désigne la situation conjugale d'une personne au regard de la loi.

❖ Variables / liées aux facteurs socio-culturels :

- Méconnaissance des soins
- Recours aux tradipraticiens
- Recours à l'Automédication
- La peur des soins
- Décès d'un proche

❖ **Variables / Les raisons des recours tardifs aux soins odonto-stomatologiques liées aux systèmes de soins :**

- Accessibilité des cabinets dentaires
- Le frais de consultation
- Le frais des soins dentaires
- Le temps d'attente devant les cabinets

❖ **Variables / Les raisons des recours tardifs aux soins odonto-stomatologiques liées aux agents de santé :**

- Comportement des agents à l'accueil
- Comportement des praticiens vis-à-vis des patients
- Non disponibilité des soins

❖ **Variables/ Les raisons des recours tardifs aux soins odonto-stomatologiques liées à l'accessibilité géographique**

- Distance entre le cabinet dentaire et la maison
- Moyen de transport
- Le temps mis pour accéder aux cabinets dentaires
- Cout des transports

8. Plan de saisie et d'analyse des données :

Le logiciel SPSS version 25.0 a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données. Après la saisie des données, nous avons procédé au nettoyage et à la correction des erreurs avant d'entamer l'analyse. Les graphiques ont été réalisés avec Excel. La moyenne et la médiane ont été utilisées pour les variables quantitatives. Les fréquences étaient utilisées pour représenter les variables qualitatives.

9. Considérations éthiques :

Un consentement verbal éclairé a été recueilli avec un souci permanent de la confidentialité des informations recueillies. Toutes les précautions nécessaires ont été prises pour respecter les droits et liberté des sujets à l'étude.

Dans l'optique de garantir l'anonymat de l'enquête, aucun nom n'ait porté sur les fiches de collecte de données, et aucune participation financière n'ait exigée. Il n'y a pas eu d'intervention pouvant porter atteinte à la vie, à la dignité humaine et à l'intégrité physique des

participants. C'est ainsi que ceux-ci ont été construits dans le respect des principes d'éthique de la recherche notamment le respect de la dignité humaine, le respect du consentement libre éclairé et le respect de la vie privée et des renseignements ont été obtenus.

RESULTATS

VI. RESULTATS :

1. *Caractéristiques socio démographiques :*

Tableau II: Répartition des patients selon les tranches d'âge et selon le sexe

Tranches d'âge et Sexe	Effectif (n=286)	Fréquence (%)
Tranches d'âge (année)		
13-28 ans	148	51,7
29-44 ans	106	37,1
45-60 ans	28	9,8
60 et plus	4	1,4
Sexe		
Féminin	159	55,6
Masculin	127	44,4

La tranche d'âge entre 13-28 ans a été la plus représentée avec 51,7% des cas. L'âge moyen était de $30 \pm 11,40$ ans. Le sexe féminin a été le plus représenté soit 55,6 % des cas avec un sex ratio de 0,79.

Tableau III: Répartition des patients en fonction des professions

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Commerçant(e)	57	20
Elève/Étudiant(e)	59	20,6
Femme au foyer	57	20
Fonctionnaire	30	10,5
Ouvrier/Artisans	41	14,3
Cultivateur/Pêcheur/Éleveur	15	5,2
Retraité	06	2,1
Autres	21	7,3
Total	286	100

Les commerçant(e)s, les femmes au foyer avec 20% et les élèves/étudiant(e)s avec 20,6% ont été les plus représentés dans notre échantillon.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

Niveau D'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	48	16,8
Primaire	95	33,2
Secondaire	91	31,8
Supérieur	52	18,2
Total	286	100

Le niveau primaire a été le plus représenté dans l'échantillon avec 33,2 % des cas et le niveau supérieur représentait 18,2%.

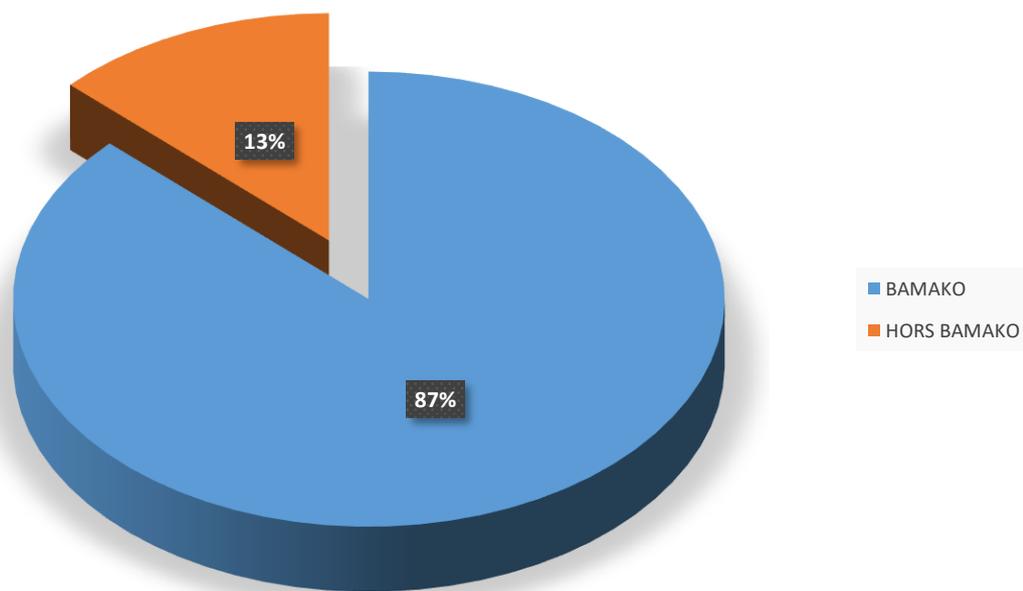


Figure 10: Répartition des patients en fonction de la résidence

Nos patients résidaient à Bamako dans 87% des cas.

Tableau V: Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire	152	53,1
Marié(e)	126	44,1
Veuf(Ve)	6	2,1
Divorcé(e)	2	0,7
Total	286	100

Les célibataires étaient les plus représentés avec 53,1 % des cas.

2. Connaissance sur les affections bucco-dentaires

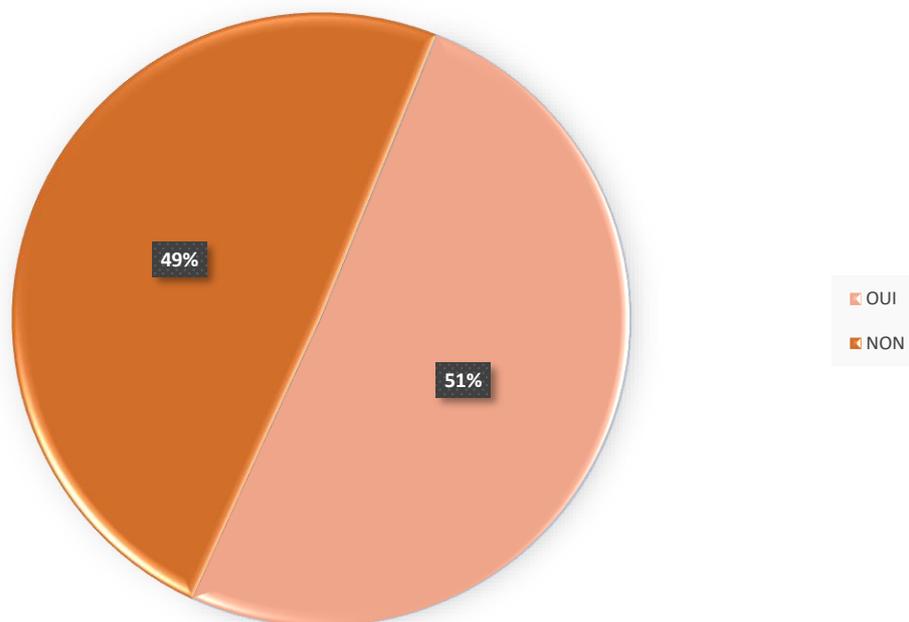


Figure 11: Répartition des patients en fonction des connaissances des affections bucco-dentaires

Nos patients n'avaient pas de connaissance sur les affections bucco-dentaires dans 49 % des cas.

Tableau VI: Répartitions des affections bucco-dentaires en fonction de la connaissance des patients

Affections connues	Effectif	Fréquence (%)
Carie dentaire	112	77,2
Carie dentaire + Gingivite	19	13,1
Carie dentaire +parodontite	4	2,8
Cellulite	8	5,5
Luxation de la mandibule	2	1,4
Total	145	100

La carie dentaire a été l'affection la plus connue avec 77,2 % des cas.

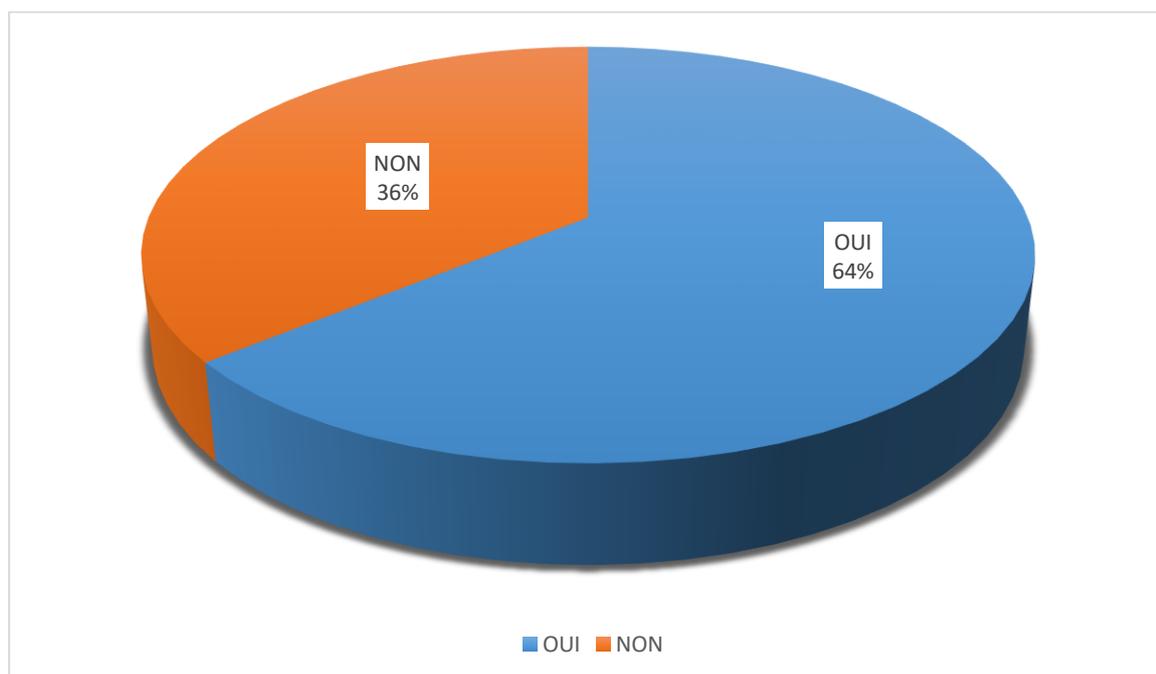


Figure 12: Répartition des patients en fonction de la connaissance des soins bucco-dentaires dans les structures sanitaires

Nos répondants ont déclaré qu'on ne pouvait pas soigner les affections bucco-dentaires dans les structures sanitaires dans 36% des cas.

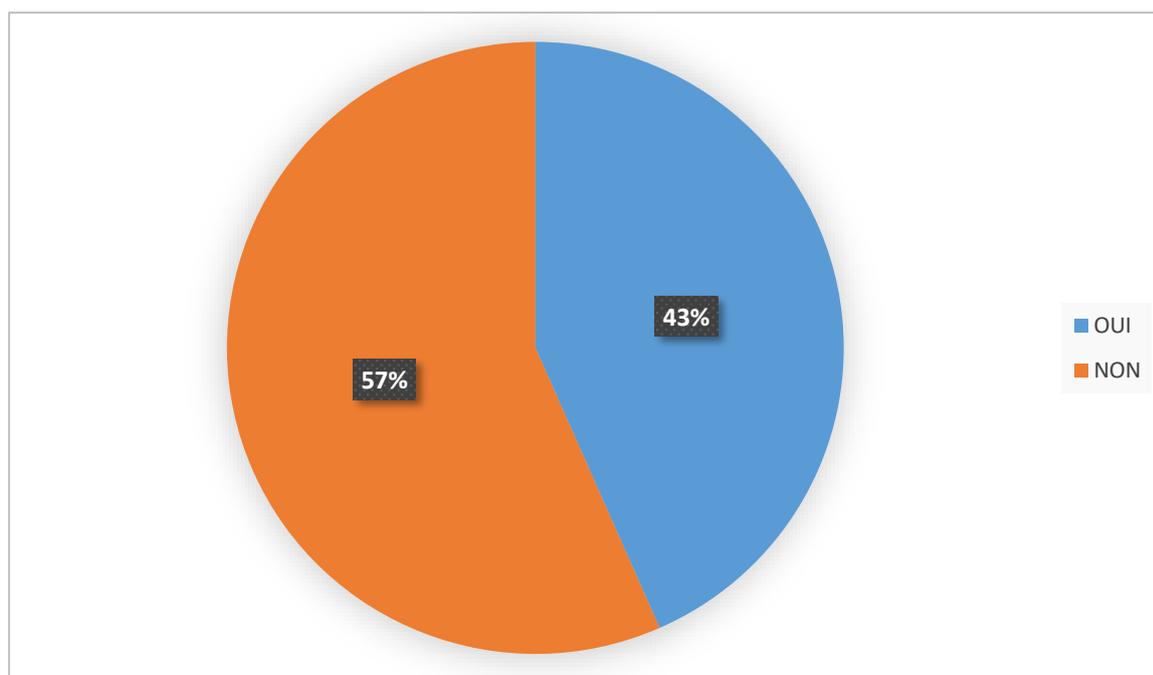


Figure 13: Répartition de la population d'étude en fonction du recours aux soins bucco-dentaires dans le passé.

Dans 56,6% des cas nos répondants n'avaient pas eu recours aux soins bucco-dentaires dans le passé.

Tableau VII: Répartition l'échantillon en fonction de la période de la dernière consultation

Dernière consultation	Effectif	Fréquence (%)
1 à 11 mois	17	13,7
12 mois à 5 ans	71	57,3
6 à 10 ans	15	12,1
10 ans et plus	21	16,9
Total	124	100

L'intervalle de 12 mois à 5 ans a été la période de la dernière consultation la plus représentée avec 57,3% des cas.

3. Raisons liées aux facteurs socio-culturels

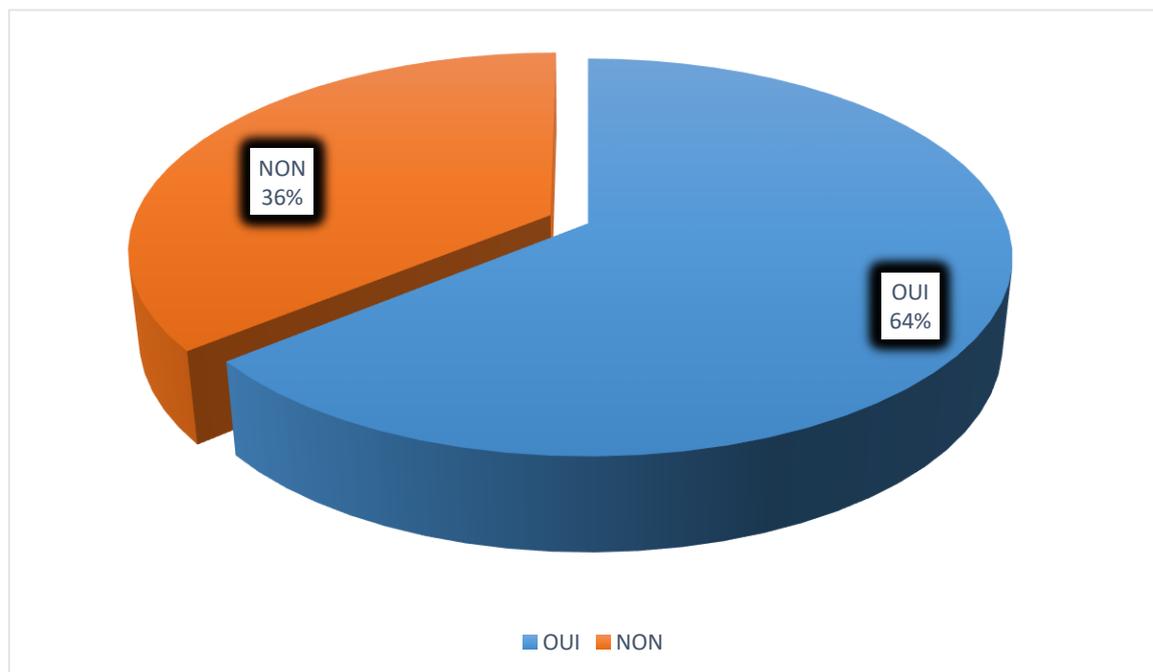


Figure 14: Répartition de la population en fonction de la peur

Plus de la moitié soit 64% de la population d'étude ont affirmé avoir peur des soins bucco-dentaires.

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du recours au tradithérapeute

Recours au tradithérapeute	Effectif	Fréquence (%)
Oui	83	29,0
Non	203	71,0
Total	286	100

Parmi les personnes enquêtées, 29 % ont eu recours au tradithérapeute.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de la motivation à recourir au tradithérapeute

Motivation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	25	30,1
Efficacité	32	38,6
Moins cher	18	21,7
Douleur + Efficacité	8	9,6
Total	83	100

Dans notre échantillon, 38,6 % ont eu recours au tradithérapeute à cause de leur efficacité.

Tableau X: Répartition des patients en fonction du recours à l'automédication

Recours à l'automédication	Effectif	Fréquence (%)
Oui	191	67,8
Non	95	33,1
Total	286	100

Nos répondants ont affirmé dans 67,8% des cas avoir eu recours à l'automédication.

Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la motivation à faire l'automédication

Motivation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	122	63,9
Moins cher	39	20,4
Manque de temps	17	8,9
Douleur + Efficacité	13	6,8
Total	191	100

La douleur était la raison principale du recours à l'automédication soit 63,9 % des cas.

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du recours au Tradithérapeute + Automédication

Tradithérapeute + automédication	Effectif	Fréquence (%)
Oui	52	18,2
Non	234	81,8
Total	286	100

Parmi les personnes enquêtées 18,2 % des cas ont eu recours en même au tradithérapeute + l'automédication.

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction de la motivation à recourir au Tradithérapeute + Automédication

Motivation Auto + Tradi	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	19	36,5
Douleur + Efficacité	14	26,9
Moins cher + Douleur	07	13,5
Moins cher	08	15,4
Efficacité + Moins cher	04	7,7
Total	52	100

La douleur a été la principale motivation soit 36,5% du recours à l'automédication et au tradithérapeute.

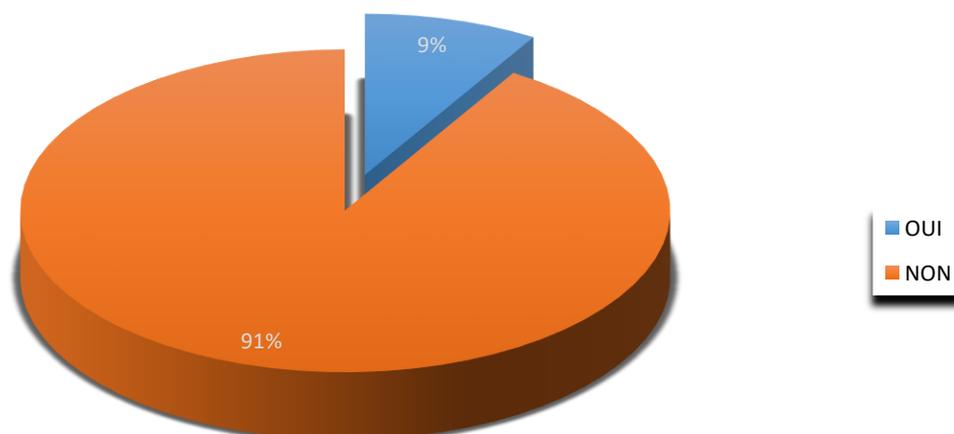


Figure 15: Répartition des patients en fonction d'autres raisons socio-culturelles favorisant le recours tardif

Environ 9% des patients enquêtés ont affirmé qu'il existe d'autres raisons socio-culturelles qui ont favorisé leurs recours tardifs aux soins bucco-dentaires. Ces raisons sont détaillées dans le tableau ci-dessous

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du type des autres raisons socio-culturelles favorisant le recours tardif

Autres raisons socio-culturelles	Effectif	Fréquence (%)
Entendu que ça joue sur les yeux	16	64
Perte d'un parent proche	1	4
Cancer suite à une extraction chez un proche	1	4
L'extraction interdit dans la famille	3	12
Entendu qu'on ne peut pas extraire les dents maxillaires	4	16
Total	25	100

Une grande partie soit 64% des cas ont déclaré qu'ils ont entendu que les soins bucco-dentaires jouent sur les yeux.

4. Les raisons liées aux systèmes de soins

Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux frais de consultation

Obstacle lié aux frais de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Oui	37	12,9
Non	249	87,1
Total	286	100

Nos patients ont répondu dans 12,9% des cas que les frais de consultations pouvaient être un obstacle pour recourir aux soins bucco-dentaires.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction des frais de consultation estimés

Frais de consultation estimé	Effectif	Fréquence (%)
Inférieur à 1500	49	34,7
Entre 1500 et 3000	72	51,1
Plus de 5000	20	14,2
TOTAL	141	100

Plus de la moitié soit 51,1% des cas estimaient les frais de consultation entre 1500 et 3000.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux coûts des soins

Cause liée aux couts des soins	Effectif	Fréquence (%)
Oui	112	39,2
Non	174	60,8
Total	286	100

Nos répondants pensaient que le coût des soins bucco-dentaires pouvait être un obstacle pour le recours aux soins bucco-dentaires dans 39,2% des cas.

Tableau XVIII: Répartition des patients en fonction de l'estimation des coûts des soins

Estimation coût des soins	Effectif	Fréquence (%)
Inférieur à 3000	30	10,5
Entre 3000 et 5000	73	25,5
Plus de 5000	43	15
Ne sait pas	140	49
Total	286	100

Dans la population d'étude 49 % des patients n'avaient aucune idée du coût des soins buccodentaires et 25,5 % estimaient le coût des soins entre 3000 et 5000 FCFA.

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des coûts des soins antérieurs

Coût des soins	Effectif	Fréquence (%)
Inférieur à 3000	14	11,3
Entre 3000 et 5000	40	32,3
Plus de 5000	11	8,9
Ne se rappelle pas	59	47,5
Total	124	100

Parmi les 124 patients enquêtés ayant déjà eu un recours antécédent aux soins bucco-dentaires, 47,5 % des patients ne se rappelaient plus du coût leurs soins et 32,3% des patients ont affirmé que le coût leurs soins était compris entre 3000 FCFA et 5000 FCFA.

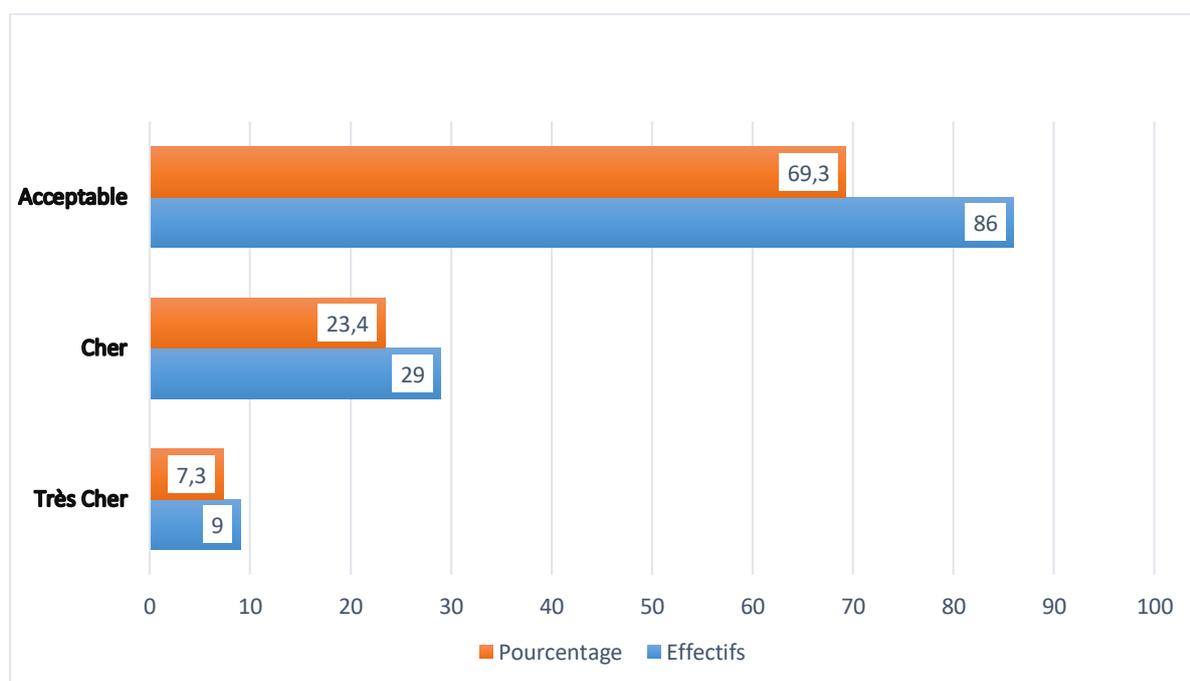


Figure 16 : Répartition des patients en fonction des Avis par rapport aux coûts des soins.

Nos répondants ayant eu un recours antécédent aux soins soit (69,3%) ont affirmé que le coût des soins bucco-dentaires est acceptable.

Tableau XX: Répartition des patients en fonction de l'appréciation du temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire

Appréciation temps d'attente pour soins	Effectif	Fréquence (%)
Court	3	2,4
Moyen	25	20,2
Long	50	40,3
Très long	46	37,1
Total	124	100

Dans la population d'étude 40,3% des patients trouvent que le temps d'attente pour bénéficier des soins bucco-dentaires dans une structure dentaire était Long et 37,1% que c'était Très long.

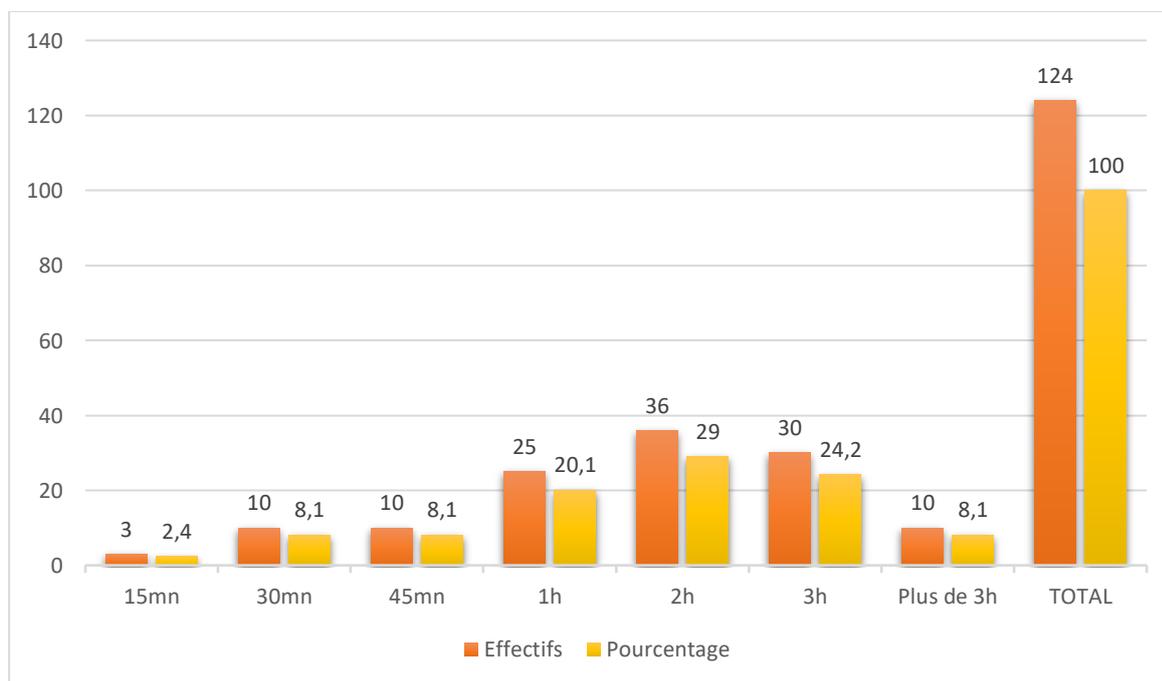


Figure 17: Répartition des patients en fonction de l'estimation du temps d'attente

Dans la population 29% des patients ont estimé le temps d'attente dans une structure dentaire à 2H et 24,2% à 3H.

Tableau XXI: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire

Obstacle lié aux temps d'attente	Effectif	Fréquence (%)
Oui	35	28,2
Non	89	71,8
Total	124	100

Parmi les 124 patients enquêtés ayant déjà eu recours aux soins bucco-dentaires, 28,2% déclaraient que le temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire était la cause de leur recours tardif.

Tableau XXII: Répartition des patients en fonction des revenus mensuels

Revenus mensuels	Effectif	Fréquence (%)
N'ont pas voulu y répondre	269	94,1
25000-50000	5	1,7
50000-100000	6	2,1
100000 et plus	6	2,1
Total	286	100

Dans la population plus de la moitié des patients avec un pourcentage de 94,1% ont préféré de ne pas répondre à cette question et le revenu mensuel de 2,1% étaient comprise entre 50000FCFA-100000FCFA et plus.

Tableau XXIII: Répartition des patients en fonction de la possession d'une assurance maladie

Assurance maladie	Effectif	Fréquence (%)
Oui	78	27,3
Non	208	72,7
Total	286	100

Nos répondants dans 72,7% des cas ne bénéficiaient pas d'assurance maladie.

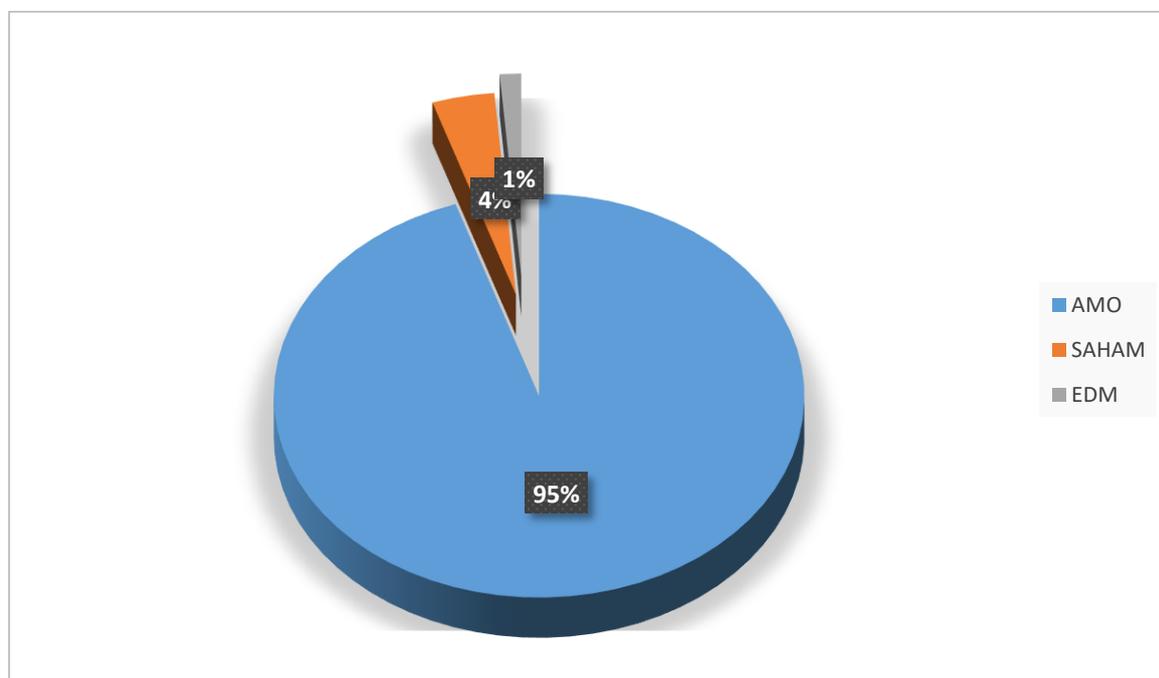


Figure 18: Répartition des patients en fonction du type d'assurance maladie

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) était la plus possédée par nos répondants possédant une assurance maladie avec 95%.

5. Les raisons liées aux agents de santé

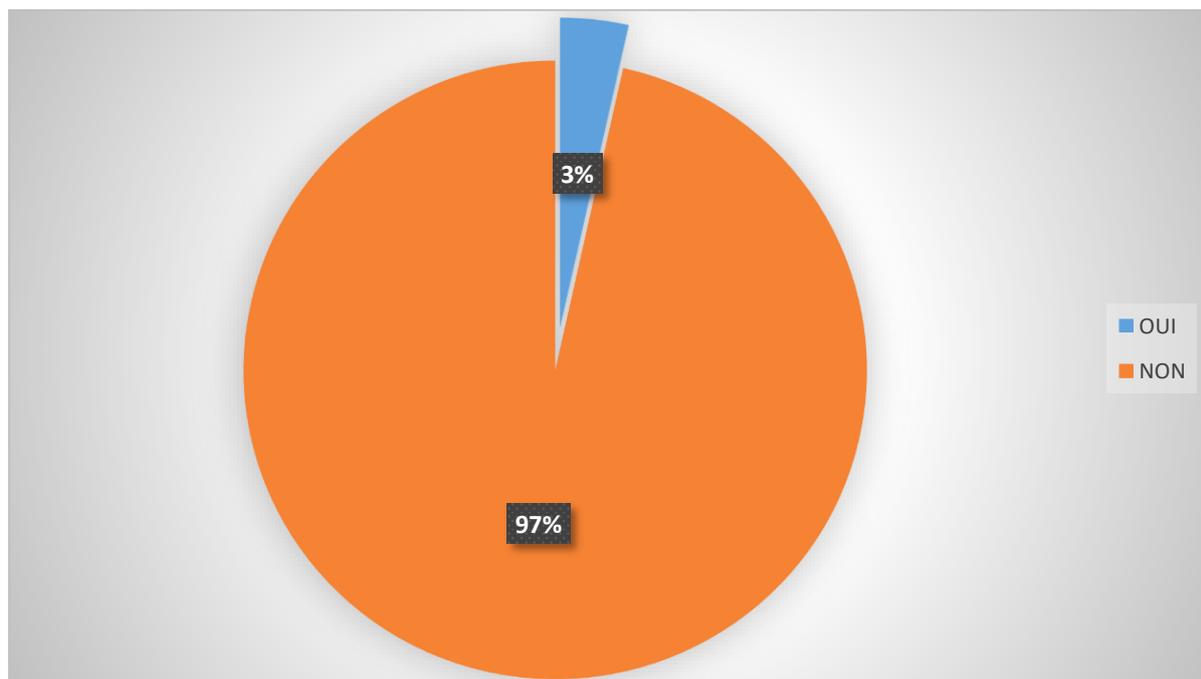


Figure 19: Répartition des patients en fonction d'obstacle lié à un problème avec un agent de santé à l'accueil

Dans la population 3% des patients avaient eu un problème avec un agent de santé à l'accueil.

Tableau XXIV: Répartition des patients en fonction de la satisfaction du comportement des agents à l'accueil.

Satisfaction du comportement	Effectif	Fréquence (%)
Oui	270	94,4
Non	16	5,6
Total	286	100

Nos patients affirmaient de ne pas avoir été satisfaites dans 5,6% des cas du comportement des agents à l'accueil.

6. *Les raisons liées à l'accessibilité géographique :*

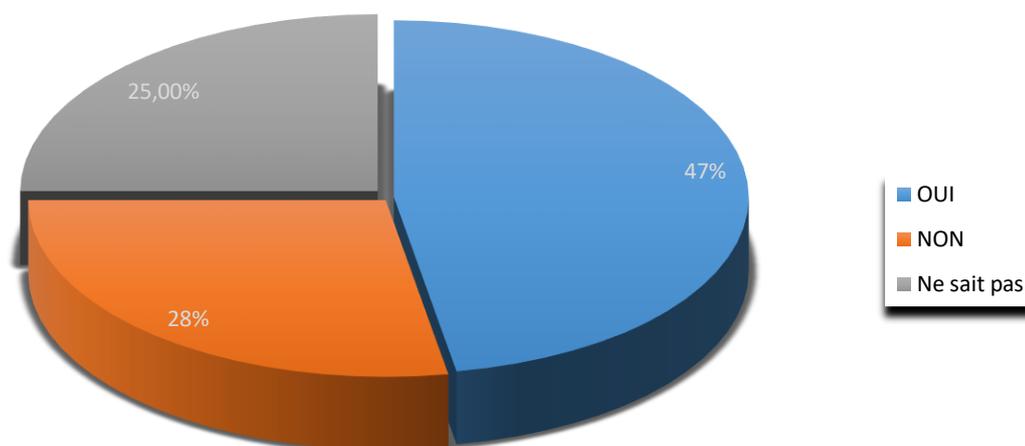


Figure 20: Répartition des patients en fonction de la présence d'un cabinet dentaire dans la localité

Dans la population d'étude 28% des patients affirmaient ne pas avoir un cabinet dentaire dans leur localité et 25% ignoraient existence.

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction de la distance par rapport au cabinet dentaire

Distance au cabinet dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Inférieur à 15Km	163	57
15Km à 30Km	39	13,6
Supérieur à 30Km	19	6,7
Ne sait pas	65	22,7
Total	286	100

Plus de la moitié de la population soit 57% des patients habitaient dans un rayon inférieur à 15KM du cabinet dentaire.

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction de l'appréciation de la distance par rapport au cabinet dentaire

Appréciation de la distance	Effectif	Fréquence (%)
Loin	120	42
Pas loin	128	44,7
Très loin	38	13,3
Total	286	100

Dans la population d'étude 42% des patients trouvaient cette distance loin et 13,3% des personnes la trouvaient très loin.

Tableau XXVII: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié à la distance par rapport au cabinet dentaire

Cause liée à la distance	Effectif	Fréquence (%)
Oui	34	11,9
Non	252	88,1
Total	286	100

Dans la population d'étude 11,9% des cas pensaient que la distance qui sépare leur résidence de la structure dentaire peut être la cause du recours tardif aux soins bucco-dentaires.

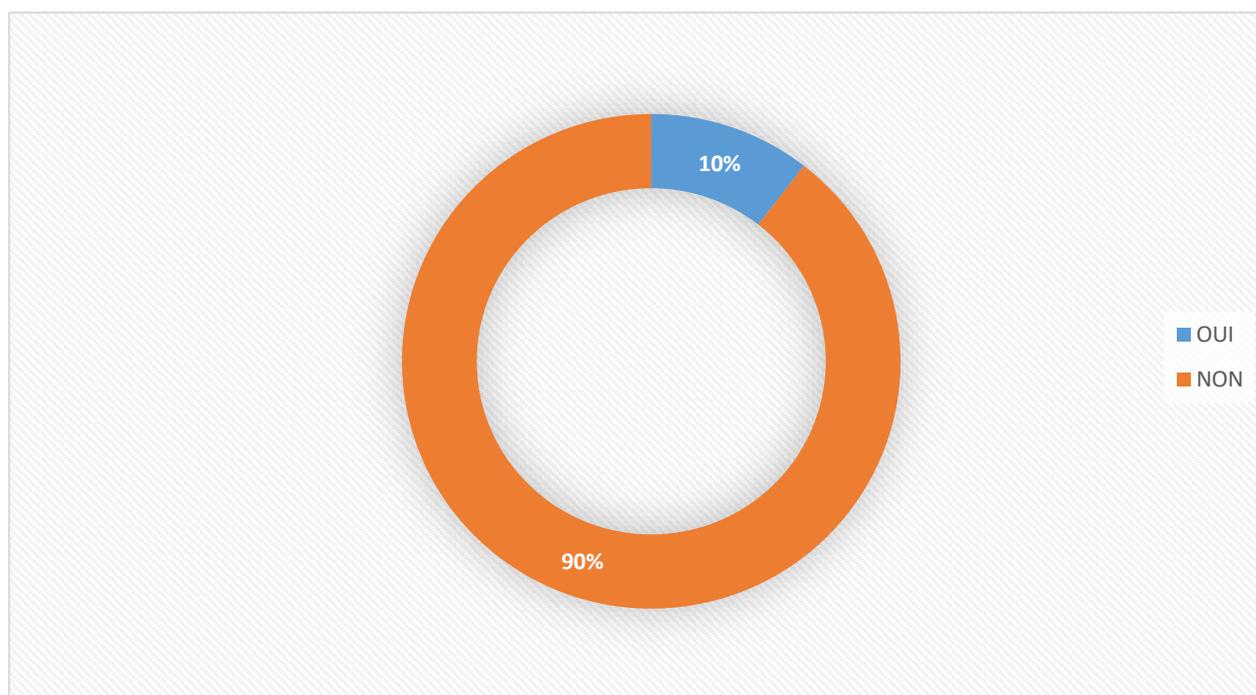


Figure 21: Répartition des patients en fonction de l'obstacle lié aux coûts des transports pour recourir au cabinet dentaire

Nos patients dans 10,5% des cas trouvaient que le coût des transports peut être un facteur du recours tardif aux soins bucco-dentaires.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive chez 286 personnes sur les raisons du recours tardif aux soins odonto-stomatologiques au centre national d'odontostomatologie Pr HT de Bamako sur une période de 7 mois allant du 1^{er} Décembre 2022 au 30 Juin 2023. Néanmoins notre étude présente des limites car nous n'avons pas pu l'étendre dans tous les cabinets du CHU-CNOS Pr HT.

❖ **Caractéristiques sociodémographiques**

➤ **Selon l'Age**

Dans notre étude la tranche d'âge entre 13-28 ans a été la plus représentée avec 51,7% des cas avec un âge moyen de $30 \pm 11,40$. Nos résultats diffèrent de celui Gare J.V.W et al au Burkina Faso sur le recours tardif aux soins bucco-dentaires en zone semi urbaine au Burkina Faso: connaissances et pratiques des populations sur la carie dentaire et ses complications dont la tranche d'âge la plus représentée était entre 25-35 ans et de celui de Sangaré A.D et al [47] en Côte d'ivoire dans le département de Dabou sur le regards croisés sur le recours aux soins bucco-dentaires modernes et traditionnels en côte d'ivoire dont la tranche d'âge 30 - 44 ans était la plus importante (59%).

Nos résultats s'expliquent par le fait que cette tranche d'âge correspond à la puberté et à la période des préoccupations multiples déterminantes pour la vie qui pourraient faire reléguer les soins dentaires au second plan.

➤ **Selon le Sexe**

Nous avons trouvé dans notre étude une prédominance du sexe féminin soit 55,6% des cas avec un sex ratio de 0,79. Ce résultat est comparable à celui trouvé au niveau des statistiques nationales sénégalaises: 50,8% de femmes et 49,2% d'hommes, selon l'Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie [48], et inférieur à ceux rapportés par Diène B qui a effectué une étude dans la zone rurale du département de Thiès au Sénégal (62% de femmes contre 48% d'hommes) [49] par contre Louis A et al en 2017 en France ont trouvé une prédominance masculine de 53% contre 47% des femmes et un sex ratio homme/femme de 1,125 [50].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des femmes n'ayant pas le pouvoir de décision, vivaient sous une dépendance financière qui les empêchaient de consulter dès l'apparition des 1^{ers} signes de la maladie.

➤ **Selon la Profession**

Parmi les professions, les Commerçant(e)s, les femmes au foyer et les Elèves/Étudiant(e)s ont été les plus représentés avec 20% et 20,6% des cas pour chaque groupe. Ce résultat est comparable à celui de Thiero I en 2013 au Mali sur les cellulites péri maxillaires circonscrites aiguës d'origine dentaire dans le service de la stomatologie et de la chirurgie maxillo faciale du CHUOS de Bamako dans laquelle les Elèves/Étudiants représentaient 31,48% [51] et à celui de Diallo B et al sur les facteurs influençant le faible recours aux soins bucco-dentaires de Bla et Niono dans la Région de Ségou au Mali en 2017 une prédominance des ménagères avec 37,6% à Bla et 39,7% à Niono a été obtenue [52]. Nos résultats pourraient s'expliquer par le faible revenu et le manque de temps résultant des occupations respectives de ces couches de la société.

➤ **Selon le Niveau d'instruction**

Dans notre étude le niveau primaire avec 33,2% était le plus représenté. Notre résultat diffère de celui de Kaboré W et al [53] en 2016 sur l'automédication au cours des affections bucco-dentaires à Ouagadougou qui ont eu une prédominance du niveau secondaire avec 29% des cas et celui de Gare JVW et al en 2019 au Burkina qui ont eu 53,33% pour les non scolarisés. Ces résultats pourraient s'expliquer par la fréquence élevée des commerçant(e)s et les élèves/étudiant(e)s parmi nos répondants.

➤ **Selon le lieu de résidence**

Nos répondants résidaient dans le district de Bamako dans 87% des cas, la commune V étant la plus représentée avec 27% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Dr Thiero I, qui avait obtenu un taux de 74,6 % ; Toutefois les populations d'étude étaient différentes.

Nos résultats s'expliquent par le fait que l'étude a eu lieu au CHU-CNOS de Bamako, qui demeure un centre de référence de premier niveau pour la prise en charge des pathologies odonto-stomatologiques.

➤ **Selon le statut matrimonial**

Dans notre étude les célibataires étaient les plus représentés avec 53,1% des cas. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les personnes mariées se soucient plus de leur hygiène bucco-dentaire de peur d'être vue différemment par son mari ou sa femme.

❖ Selon la connaissance des affections bucco-dentaires

Plus de la moitié des personnes enquêtées soit 51% des cas avaient une connaissance sur les affections bucco-dentaires. La carie dentaire était l'affection la plus connue avec 77,2 % des cas suivi de la carie dentaire associée à la gingivite avec 13,1% des cas ; de la carie dentaire associée à la parodontite avec 2,8% des cas ; de la cellulite avec seulement 5,5% des cas et de la luxation de la mandibule avec aussi 1,4% des cas. Dans la population d'enquête 64% des répondants étaient conscients du fait qu'une prise en charge des affections bucco-dentaires était possible dans les structures sanitaires et 43,4% des patients avaient déjà eu recours dans le passé aux soins bucco-dentaires. Parmi ceux qui avaient déjà eu un recours aux soins, la période de la dernière consultation de 13,7% seulement remontait dans l'intervalle de 1 à 11mois sinon celle de la majorité soit 57,3% remontait dans l'intervalle de 12 mois à 5 ans, celle de 16,9% à 10 ans et plus et celle de 12,1% était dans l'intervalle de 6 à 10 ans.

Ces résultats s'expliquent par le fait que les connaissances de la population d'étude sur les affections bucco dentaires étaient très limitées.

❖ Selon les raisons socio-culturelles

Dans la population d'étude, plus de la moitié soit 64% ont affirmé avoir peur des soins bucco-dentaires.

Le taux de recours au tradithérapeute était plus faible avec 29% des cas dont les principales causes affirmées par les répondants pour avoir eu recours à cette pratique étaient l'efficacité de ce traitement (38,6%), pour calmer la douleur (30,1%), le coût moins cher (21,7%), pour calmer la douleur associée à l'efficacité du traitement (9,6%) ; par contre le taux de recours à l'automédication était plus marqué avec 67,8% des cas parmi lesquels la majorité de nos répondants soit 63,9% ont eu recours à l'automédication à cause de la douleur, 20,4% des cas parce que c'était moins cher, 8,9% des cas par manque de temps et 6,8% des cas à cause de la douleur associée à l'efficacité du traitement. Nos résultats diffèrent de ceux de Sangaré et al, en 2011 en Côte d'Ivoire qui ont trouvé que les principales raisons pour recourir aux soins traditionnels étaient le coût abordable du traitement (73,8%), l'absence de douleur lors des soins (20,9%), de la proximité des soins traditionnels (17,9%). Dans notre étude l'automédication et la Tradithérapie étaient pratiquées simultanément par 18,2% des personnes enquêtées. La pratique de l'automédication moderne ou traditionnelle a également été observée dans l'étude effectuée par Monteillet N au Cameroun [54]. Kabore W et al en 2016 au Burkina qui ont trouvé que 30,4% recouraient à l'automédication et 10,5% au tradithérapeute à cause du manque de moyens financiers pour honorer les frais de traitements (26,3%), du temps d'attente (7,9%) de

la peur du chirurgien-dentiste (10,5%) et selon une autre étude de Kabore W et al, les raisons de recours à d'autres choix thérapeutiques (pharmacopée traditionnelle ou automédication) se justifieraient par l'esprit selon lequel il y a possibilité de guérison spontanée de la maladie carieuse (44,3%) et par le coût élevé des soins (30,4%) [55] de même la disponibilité des tradipraticiens a été soulignée par Stekelenburg et al en 2005 comme une motivation supplémentaire des populations à les consulter [56]. Doumbia S.K et al. (2015) [57] rapportaient qu'à l'admission, 37,5 % des patients avaient bénéficié au préalable d'un traitement traditionnel puis médicamenteux à base d'antibiotique et d'anti-inflammatoire, 25% d'un traitement traditionnel seul et 37,5% d'un traitement médicamenteux par des antibiotiques et anti-inflammatoires

D'autres facteurs socio-culturels ont été évoqués par une minorité de nos répondants soit 9% des cas pour être la raison de leur recours tardif aux soins bucco-dentaires ; comme le fait d'avoir entendu que les extractions dentaires jouent sur les yeux (64%); perte d'un parent proche (4%); Cancer suite à une extraction chez un proche (4%); L'extraction interdit dans la famille (12%); ou avoir entendu qu'on ne peut pas extraire les dents maxillaires (16%).

Nos résultats pourraient s'expliquer par la confiance que portent certains de nos répondants sur l'efficacité de ces différentes pratiques (automédication et tradithérapie); l'accès sans conditions aux médicaments donc pour calmer sa douleur sans recourir aux structures sanitaires les malades peuvent se procurer, sans ordonnance, les médicaments dans les officines ou plus simplement auprès des vendeurs ambulants. Et aussi par le manque d'information de la population sur les soins bucco-dentaires et sur l'inconvénient de l'automédication.

❖ Selon les raisons liées aux systèmes de soins :

Par rapport aux frais de consultation, plus des trois quarts de la population d'étude soit 87,1% ont affirmé que les frais de consultation ne pouvaient pas être un obstacle pour recourir aux soins ; et parmi les 49% des personnes enquêtées qui avaient fait une estimation des frais de consultation, 51,1% l'ont estimé entre 1500-3000fcfa. Dans la population d'étude 39,2% des répondants ont dit que le cout des soins peut être un obstacle pour recourir aux soins bucco-dentaires, 25,5% l'estimaient entre 3000 et 5000fcfa, 69,3% des patients l'ont affirmé acceptable, 23,4% des patients le trouvaient cher, et 7,3% des patients le trouvaient très cher. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude menée par Kaboré W et al dans laquelle 43,3% des enquêtés trouvaient que le coût des prestations n'était pas abordable et 17,5% les disaient peu abordable. Ouédraogo Y et al en 2016 rapportaient que 50,4% estimait le coût des soins bucco-

dentaires élevé [58]. Dans une étude de Gare J.V.W et al, des 86 patients enquêtés, 67,1% avaient évoqué le manque de moyens financiers pour justifier le retard de consultation.

Pour bénéficier des soins bucco-dentaires dans une structure dentaire, 40,3% de la population d'étude ayant déjà eu une consultation antérieure trouvaient que le temps d'attente était long et 37,1% des cas le trouvaient très long ; 29% des cas l'estimaient à 2heures tandis que 24,2% l'estimaient à 3heures et 8,1% à plus de 3heures. Dans notre étude, le temps d'attente dans les structures sanitaires a été déclaré comme raison de leur recours tardif par 28,2% des 124 patients enquêtés ayant eu un recours aux soins dans le passé. Selon une enquête menée par Solidaris (2019), 78,4% des belges francophones estiment qu'il y existe un délai d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, dont les dentistes [59].

Murakami K et al. En 2014 au Japon ont trouvé qu'il y avait un lien significatif entre le revenu du chef de ménage et le recours aux soins bucco-dentaires préventifs chez les hommes [60] et dans une étude menée par Javier F.H et al, au Mexique en 2007 sur l'effet de la pauvreté sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Ils ont trouvé que la pauvreté limite le recours aux soins bucco-dentaires des personnes démunies et socialement marginalisées. Les maladies bucco-dentaires imposent aussi de lourds fardeaux financiers et sociaux car les traitements coûtent chers [61]. La hauteur des tarifs peut assurément constituer un obstacle financier pour certains ménages ayant des revenus modestes ou se trouvant dans une situation précaire (Cour des Comptes, 2016) [62]. La situation est davantage compliquée en Afrique avec les frais additionnels liés au coût du transport. En effet, le personnel qualifié étant insuffisant et présent que dans grandes les villes, les habitants des zones rurales doivent faire face aux frais de transport pour espérer recevoir les soins les plus élémentaires [63]. Dans notre étude 72,7% des cas ne bénéficiaient pas d'assurance maladie ce qui selon quelques-uns peut également être un frein majeur pour recourir aux soins à temps à cause des situations financières et l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) était l'assurance la plus possédée par 95% des 27,3% détenteurs. Ce résultat consolide celui obtenu par Tapé B et al, qui ont également montré l'importance de l'assurance dans leur prise de décision en matière de santé [64]. Une étude menée auprès des adultes d'origine hispanique vivant aux Etats-Unis a aussi montré que le niveau scolaire et le fait de disposer d'une assurance de santé, étaient les meilleurs prédicteurs du recours aux soins bucco-dentaires [65].

Ce recours tardif pourrait s'expliquer par le manque de volonté des patients à dépenser pour palier à leurs problèmes bucco-dentaires pour certains ; l'incapacité pour d'autres d'assumer les couts des soins à cause des faibles revenus et le manque de temps. Les assurances maladies ne prennent pas en charge tous les actes dentaires.

❖ **Selon les raisons liées aux agents de santé**

Très peu de gens soit 3% des cas avaient admis avoir eu un problème avec un agent de santé à l'accueil, 94,4% des cas affirmaient avoir été satisfait de leurs comportements. Au sein de la population d'étude, le comportement des praticiens envers les patients était déclaré comme correct par 68,9% des cas. En revanche 6,6% des répondants ont confirmé avoir eu une mauvaise expérience des soins bucco-dentaires dans le passé. Les facteurs influençant la satisfaction des patients de nombreuses études incluaient : le temps d'attente, l'organisation des soins, l'accueil, la communication entre patient et praticien, la confiance au chirurgien-dentiste et la prise en charge de la douleur [66].

Ce résultat s'explique par la bienveillance dont font preuve les agents de santé envers les patients dans les structures sanitaires.

❖ **Selon les raisons liées à l'accessibilité géographique :**

Dans notre étude 47% des patients ont affirmé avoir un cabinet dentaire dans leur localité. La distance qui sépare les résidences respectives des répondants de la structure dentaire n'était pas la raison du recours tardifs pour 88,1% des cas ; 57% habitaient dans un rayon inférieur à 15km, 13,6% des patients dans un rayon compris entre 15km et 30km, et 6,7% à plus de 30 km. Parmi les répondants 13,3% des personnes trouvaient la distance du cabinet par rapport à leur maison « très loin », 42% la trouvaient « loin » et 44,7% la trouvaient « pas loin »

La majorité des personnes enquêtées soit 89,5% trouvaient que le cout des transports ne peut être un facteur du recours tardif aux soins bucco-dentaires car ils pensaient (68,9%) que ce n'était pas cher avec un cout moyen de 1400 ± 1200 . En Tanzanie cependant le niveau scolaire n'avait aucune influence sur le recours aux soins bucco-dentaires traditionnels, contrairement au sexe et à la distance séparant le lieu habitation des enquêtés de l'hôpital. En effet, les hommes avaient plus recours aux soins traditionnels et plus la population était éloignée d'un centre de santé, mieux elle utilisait les soins traditionnels [67]

Nos résultats s'expliquent par le fait que la majeure partie de nos enquêtés habitait à moins de 15Km de la structure dentaire.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION :

Les affections bucco-dentaires restent fréquentes au sein de notre population. Le recours au tradithérapeute, l'automédication, la méconnaissance des complications de la carie dentaire par la population, le long temps d'attente dans les structures dentaires pour bénéficier des soins ont été les raisons les plus évoquées pour expliquer le recours tardif aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS Pr HT. Les non scolarisés avaient eu plus recours aux traitements traditionnels que les autres et aussi la majorité de nos répondants avaient eus recours à l'automédication à cause de la douleur.

RECOMMANDATIONS

IX. RECOMMANDATIONS :

Nos recommandations vont à l'endroit :

- **De la Communauté**

- Respecter une bonne hygiène alimentaire et bucco-dentaire.
- Diminuer l'automédication et la tradithérapie.
- Se faire dépister chez le chirurgien-dentiste une fois par semestre

- **Des agents du CHU-CNOS Pr HT**

- Mener des séances de sensibilisation sur les risques du recours tardif aux soins odonto-stomatologiques.
- Mener une étude analytique pour identifier les facteurs des recours tardifs aux soins odonto-stomatologiques dans les différents services de la structure en général et au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale en particulier.

- **Des autorités**

- Soutenir la sensibilisation de la population à travers les médias (journaux, radio, télévisions, etc...) sur la santé bucco-dentaire à tous les niveaux.

REFERENCES

X. **REFERENCES :**

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). DISPONIBLE. (www.cda-dc.ca/etatdelasantebuccodentaire/global/). Consulté le [3/11/2022].
2. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *B Dent J* 2006; 201(10):625.
3. Diawara O, Ba B, Kane A. S. T, Niang A, Guirassy M. L et al. State of periodontal health of children talibes of the prefecture of Banamba in Mali: 205 observations, *International Journal of Medical Science and Health Research*, 2018, 2, 02, 17-25.
4. Duncan Rp, Gilbert Gh, Peek Cw, Heft Mw. The Dynamics of toothache pain and dental services utilization: 24-month incidence. *J Public Health Dent* 2003 ; 63:227-234.
5. Despres, C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé* 2013/2 (31), 71-96. Doi : 10.1684/sss.2013.0205
6. OMS Santé bucco-dentaire, Aide-mémoire N°318 Avril 2012 [Internet]. WHO Disponible sur <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
7. Van Durme, Mathilde. *Les motifs de recours tardifs et de non recours aux soins dentaires : Enquête auprès des dentistes*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : Cès, Sophie. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:28058> Consulté le [06/12/2022].
8. Despres, C. Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio anthropologique. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud119.pdf>
9. Direction Générale de la Santé. Synthèse du plan bucco-dentaire [Internet].Avril 2011. Disponible sur : https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_buccodentaire.pdf Consulté le [03/12/2022].
10. CHU-CNOS Pr HT ; rapports SIH 2021 et 2022 Disponible au service SIH du CHU-CNOS Pr HT
11. Dictionnaire français. Recours. In : Larousse [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.editions-larousse.fr>
12. Wikipédia. Non-recours en France. 2016 ;
13. Merot C. « l'édenté total et son alimentation ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, université de Nantes, unité de formation et de recherche odontologie, 2010,133p
14. OpenEdition Journals. Le non-recours aux droits. 15 nov 2012 ;

15. Godin G. Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. *Santé et Société* 1988; 9 (2): 5-20
16. Bashshur, R. L., Homan R. K., Smith D. G. Beyond the Uninsured: Problems in Access to Care. *Medical Care* 1994; 32 (5): 409-19
17. Renata Leite, Christine Hudson, Lynn West, Elizabeth Carpenter and Jeannette O. Andrews, and al; Assesing needs and oral health barriers to care in the Gullah Community-Hollywood Smiles Community Health Partnersh. 2013;7(2): 201-208.
18. Vrijens, F., Renard, F., Walckiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Évaluer la performance du système de santé : L'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4, 83-102. En ligne <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-lavie-economique-2014-4-page-83.htm>
19. Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Renard, F., Bouckaert, N. et al. Performanc du système de santé belge – Rapport 2019. *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 313B*. En ligne https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
20. Gisle, L., & Demarest, S. Enquête de santé, Rapport 2 : Comportements de Santé et Style de Vie Résumé des Principaux Résultats. *Institut Scientifique de Santé Publique*.
21. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Fluor et santé buccodentaire : situation en France [Internet]. 2008. Disponible sur: https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Fluor_et_sante_buccodentaire_situation_en_France.pdf.
22. Ahossi V, Delestan C, Gérard E, Lozza J, Michlowsky S, Moizan H, et al. Urgences odontologiques à l'hôpital. Une inflation de la demande de soins. *Lettre Ordre Natl chir Dent* 2003 ; 10.5 :15-7.
23. Randriamanantena T, Rakotoarisoa AHN, Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Razafindrabe JAB, et al. La diffusion cervicale d'une cellulite d'origine dentaire : à propos d'un cas clinique et d'un cas anatomique. *Revue d'odontostomatologie malgache en ligne* ISSN 2220-069X2014 ; Volume 8 : pages 39-46
24. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Manuel Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique ; Prévention et prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma en tant qu'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles. 2015 ; Disponible sur : <http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/publications.html>.

25. Samba M, Guinan Jc, Sangare A, Da-Danho V, Bakayoko-Ly R. Itinéraire thérapeutique en odontostomatologie à Abidjan. *Rev. Odonto-stom Tropicale* 2004; 27: 37-40.
26. Varenne B, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p. 650-655.
27. Gare Jvw, Kabore Wad, Sawadogo A, Ouattara S, Fall M et al. Recours tardif aux soins bucco-dentaires en zone semi urbaine au Burkina Faso: connaissances et pratiques des populations sur la carie dentaire et ses complications. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, Décembre 2019, Vol 26, N° 4, pp. 39-44
28. Faye D, Kanoute A, Lo Cmm, Sembene N. Attitude of the rural population in Senegal to oral health. : 21. Disponible sur <http://www.semanticscholar.org>
29. Abou Dramane Sangaré Comportement en santé oral et recours aux soins buccodentaires dans le département de Dabou en Côte d'Ivoire [Diplôme de Doctorat en Santé Publique]. [Lyon 1]: Claude Bernard LYON I; 2011.
30. Ast. Kané, M. Gunepin, M.L. Guirassy, F. Derache, P.D. Diallo Et H. Sangho. Behavior of Malian special forces soldiers with periodontal disease: from the appearance of the first symptoms to the dental consultation. *International Review of the Armed Forces Medical Services* 2020; VOL.94/4
31. Berthé D. Rapport de stage probatoire hôpital Fousseyni Daou odonto-stomatologie 2015-2016; 22 p: Archive secretariat general Hospital Fousseyni Daou
32. Collège français de chirurgie maxillo faciale et de stomatologie, Les lésions dentaires et gingivales. Université Claude Bernard de LYON 2005 –31P
33. Enwonwu CO, Falker WA, Idigbe EO. Oro-facial, gangrene (noma/cancrum oris): pathogenetic mechanisms. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2000 ; 11(2) :159-71.
34. Hess Jean Claude. Endodontie : notions fondamentales. Pathologie Librairie Maloine (ED) 1970 ; 134p
35. Aide Odontologique Internationale. Note d'information sur la situation bucco-dentaire au Niger, Burkina, Mali. *Journal médical*, juin, 1995 :26
36. Schéma de keys : modifié par KONIG. Disponible à partir d'URL : http://images.slideplayer.fr/34/10409535/slides/slide_2.jpg
37. Carie de l'email disponible sur le site <https://www.monpartenairesanté.com/thematiques/dentaire/article/carie-heredite-et-importance-de/-hygiène>
38. ITEM 256 : lésions dentaires et gingivales. Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Université virtuelle francophone

39. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Dent>

40. Traore P. Evaluation de l'état bucco-dentaire des élèves de la 6^{ème} année de l'école fondamentale du Point G. Th : Chir Dentaire, Bamako, 2017

41. Anatomie de la bouche. Disponible à partir de : URL : <http://www.docteurcliv.com/encyclopédie/anatomie-de-la-bouche.aspx>

42. ITEM 344 : Infection dentaire ; CODEX.S-ECN.COM ; Révision 14/12/2020

43. Yves Boucher, Edouard Cohen : Urgences dentaires et médicales conduites à tenir, prévention chez le patient à risque. Chapitre 12 Cellulites de Bruno Courier, Rafael Toledo-Arenas et Nicolas Davido ; Collection JPIO, 2007

44. Images du service de la chirurgie maxillo-faciale de CHU-CNOS Pr H.T de Bamako.

45. Mobilité dentaire. Disponible à partir de : URL : <http://coursdentaire.blogspot.com/2011/05/la-mobilite-dentaire-classification-et.html>

46. Abscess dentaires. Disponible à partir de : URL : https://fr.wikipedia.org/wiki/Abscess_dentaire

47. Sangare a.d, samba m, meless d.g, guinan j.c, bakayoko-ly r, bourgeois d. Perspectives on the use of oral modern and traditional care in Côte d'Ivoire. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., 2013 vol.20, n°3, pp. 5-11

48. République du Sénégal ; ministère de l'économie et des finances, agence nationale de la statistique et de la démographie. Situation économique et sociale du Sénégal ; Dakar, 2011 ; p 28 – 41, 45p.

49. Diene b. Étude de l'accessibilité des soins bucco- dentaires chez les populations du département de Thiès. *Thèse Chir. Dent. Dakar*, 2005 ; n°02.

50. Louis A. le renoncement aux soins buccodentaire : étude aux seins des consultations d'accueil santé urgences à Strasbourg [chirurgie dentaire]. [France] : université de Strasbourg ; 2017

51. Thiero I, Cellulites péri maxillaires circonscrites aiguës d'origine dentaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU d'odontostomatologie de Bamako. Thèse Chir Dent. FMOS de Bamako 2013-2014 ; Page :50

52. Diallo B et al. Les facteurs influençant le faible recours aux soins bucco-dentaires de Bla la Région de Ségou [Thèse de Doctorat en Santé publique]. [Mali] : USJPB ; 2017

53. Kaboré Wad, Ouédraogo Cdw, Konaté A, Traoré Rg, Chevalier V, Boisrame S, et al. Auto-médication au cours des affections bucco-dentaires à Ouagadougou, Burkina Faso. *Med Buccale Chir Buccale* 2016 ; 22(4) :277-284.

- 54.** Monteillet N. Aperçu sur le système de soins - Le cas de Mbandjock. Bulletin de l'APAD 17/1999. Disponible sur <http://apad.revue.org/487>.
- 55.** Kaboré Wad, Guiguimé Wpl, Seck A, Bougoum S and all. *Determinants of dental avulsions due to dental caries and its complications: study at the municipal oral health center in Ouagadougou, Burkina Faso. Rev. Iv. Odonto-Stomatol., Vol. 23, n°1, 2021, pp. 13-19*
- 56.** Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EH, van der Kwaak A, Wolffers IN (2005). Health care seeking behavior and utilization of traditional healers in Kalabo, Zambia. *Health policy*; 71: 67-81
- 57.** Doumbia-Singaré K, Timbo SK, Ouattara MA, Ba Boubacar, Guindo B, Soumaoro S, et al. Médiastinite compliquant une cellulite cervicale: A propos de 8 cas observés dans le service d'ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali). *Mali Médical* 2015 ; 2 :49-52.
- 58.** Ouédraogo Y, Kaboré WAD, Millogo M, Konsem T, Béogo R, et al. Les déterminants des consultations tardives des patients souffrant de carie au cabinet dentaire du CENOU. *Burkina Médical* 2016 ;020(01) : 73-79.
- 59.** *Solidaris. (2019). Enquête Solidaris : Le report des soins de santé, renoncement aux soins de santé pour des raisons financières. UNMS – Institut Solidaris – Service Etudes Solidaris. En ligne https://www.institut-solidaris.be/wpcontent/uploads/2019/04/Etude-Solidaris-Report-de-soins_240419-compressé.pdf*
- 60.** Keiko Murakami, Jun Aida, Takayoshi Ohkubo and Hideki Hashimoto Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014 ;14 :117
- 61.** F.H Javier et col. L'effet de la pauvreté sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Mexique ; 2007.
- 62.** Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. (2020). *Le système de santé belge*. En ligne <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html> Cour des Comptes. (2016). Remboursement des soins dentaires, Pour une gestion publique plus performante. *Cour des Comptes*. En ligne <https://www.ccrek.be/FR/Publications/Fiche.html?id=e0ec6cb7-694e-4e8e-a6b636c7d7f01ea9>
- 63.** Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral disease and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p. 661-669.
- 64.** Tape B, Lacroix G, Duclos Jy. Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire. *Disponible à l'adresse <http://123.203.59.36/cirpee/conf-cirpee/journees CIRPEES 06oct07/RedactionArticle.pdf>*

- 65.** Jaramillo F, Eke Pi, Thornton-Evans Go, Griffin So. Acculturation and dental visits among hispanic adults. *Prev Chronic Dis* 2009; 6: A50
- 66.** Stahlacke K, Söderfeldt B, Unell L, Helling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part II- What affect satisfaction. *Swed Dent J* 2007, 31, p. 137-146
- 67.** Sarita PT, Tuominen R. Use of health services in two rural communities in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993, 21, p. 133-135
- 68.** Ancelle T Statistique Epidémiologie. 1ère éd. Paris: Maloine; 2002

ANNEXES

XI. ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : KEITA

Prénom : Salimatou

Adresse : Sotuba

Tel : 60 66 64 14

Email : keitasalimatou11@gmail.com

Titre de la Thèse : Raisons du recours tardif aux soins odonto-stomatologiques au CHU-CNOS
Pr HT de Bamako.

Secteur d'intérêt : Santé publique, CHU-CNOS, populations.

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Année de soutenance : 2023

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la FMOS et du CHU-CNOS Pr HT

Mots clés: Recours tardif, soins bucco-dentaires, populations, CHU-CNOS.

Introduction :

Selon Despres, le non recours est une situation dans laquelle l'individu ne peut satisfaire un besoin de soins, conscient ou inconscient, légitime ou illégitime. Le mot tardif «bas latin *tardivus*, du latin classique *tardus*, qui tarde » est défini comme ce qui arrive tard, après le temps normal ou prévu; qui se situe à un moment avancé. Mathilde décrivait quel qu'en soit le motif, le non-recours ou le recours tardif comme toute personne qui ne bénéficie pas d'une prestation ou d'un service auquel elle pourrait prétendre. Le non recours total concerne l'utilisateur qui ne reçoit aucun soin. Le non recours partiel concerne une situation dans laquelle seulement une partie des soins sera perçue. Le non recours temporaire, ou tardif, est présent lorsque l'utilisateur tarde à bénéficier du soin concerné

Méthodologie:

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur les raisons recours tardif aux soins d'odonto-stomatologique au CHU-CNOS Pr H.T de Bamako qui a été effectué sur une période de sept mois allant du 01 Décembre 2022 au 30 Juin 2023. Une fiche d'enquête ou questionnaires préalablement conçue en interview a été utilisé comme méthode et technique de

collecte des données. Le logiciel SPSS version 25.0 et Excel ont été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats:

Sur 286 personnes enquêtées, 51% des patients avaient une connaissance sur les affections bucco-dentaires mais leurs connaissances étaient essentiellement limitées pour 77,2% à la carie dentaire; la gingivite, la parodontite, et la luxation de la mandibule. Malgré que la majorité soit 64% des enquêtés savait qu'une prise en charge des affections bucco-dentaires étaient possible mais 57,3% des patients n'avaient pas eu recours à une structure dentaire depuis plus de 1 à 5 ans et 16,9% des personnes depuis plus de 10 ans.

Ce travail nous a permis de connaître les raisons liées au recours tardif aux soins au CHU-CNOS Pr HT qui sont entre autres : le temps d'attente très long (37,1%) ; la peur des soins (64%) ; le coût des soins (39,2%); la tradithérapie (29%) ; l'automédication (67,8%) et la distance (11,9%).

Conclusion:

Malgré le besoin éminent des soins dans une structure dentaire certaines personnes préféraient recourir à l'automédication ou à la tradithérapie à cause du coût des soins, du temps d'attente pour bénéficier des soins, la peur des soins.

Mots clés: Recours tardif, Soins bucco-dentaires, Populations, Chu-cnosc,

ENGLISH TRANSDUCTION ANNEXE

Identification sheet

Last name: KEITA

First name: Salimatou

Address: Sotuba

Phone number: 60 66 64 14

Email: keitasalimatou11@gmail.com

Thesis title: Reasons for late recourse to odonto-stomatological care at CHU-CNOS PR HT of Bamako.

Sector of interest: Public health, CHU-CNOS, populations.

Country of origin: Mali

City: Bamako

Year of defense: 2023

Place of deposit: FMOS and CHU-CNOS library.

Keywords: Late recourse, oral health care, populations, CHU-CNOS

Introduction:

According to Despres, no recourse is a situation in which the individual cannot satisfy a need for care, whether conscious or unconscious, legitimate or illegitimate. The word "late", from the Latin tardivus, from the classical Latin tardus, meaning "tardy", is defined as that which arrives late, after the normal or expected time; which occurs at an advanced moment. Whatever the reason, Mathilde described non-recourse or late recourse as anyone who does not receive a benefit or service to which they are entitled. Total no-recourse concerns a user who receives no care at all. Partial no-use refers to a situation in which only part of the care will be received. Temporary or late no-utilization occurs when the user delays receiving the care concerned.

Methodology:

This was a descriptive cross-sectional study of the reasons for late recourse to odonto-stomatological care at the CHU-CNOS Pr HT of Bamako which was carried out over a seven-month period from December 01, 2022 to June 30, 2023. A survey form or questionnaires previously designed for interviews was used as a data collection method and technique. SPSS version 25.0 and Excel were used for data entry and analysis.

Results:

Out of 286 people surveyed, 51% of patients had some knowledge of oral diseases, but 77.2% of them knew only about tooth decay, gingivitis, periodontitis and mandibular luxation. Despite

the fact that the majority (64%) of those surveyed knew that treatment for oral diseases was available, 57.3% of patients had not used a dental facility for more than 1 to 5 years, and 16.9% for more than 10 years. This work enabled us to identify the reasons for late recourse to care at the chu-cnoss, which include: very long waiting times (37.1%); fear of care (64%); cost of care (39.2%); traditherapy (29%); self-medication (67.8%) and distance (11.9%).

Conclusion:

Despite the eminent need for care in a dental facility, some people preferred to resort to self-medication or traditherapy because of the cost of care, the waiting time to benefit from care, and fear of care.

Key words: Late recourse, Oral care, Populations, Chu-cnoss,

Questionnaire

Date

Services : OCE, SCMF, CB

N°

1- Caractéristique Sociodémographique

- **Age**..... **Sexe** : Féminin : Masculin :
- **Profession** : Fonctionnaire Retraité Commerçant
Elève Etudiant Ouvrier/Artisan (e)
Femme au foyer Cultivateur/Éleveur/Pêcheur
Autres :.....

- **Niveau d'instruction** : Non scolarisé Primaire
Secondaire Supérieur
- **Résidence** : Commune I Commune II Commune III
Commune IV Commune V Commune VI
Quartier :..... Autres Localité :.....

- **Statut matrimonial** : Marié(e) : Célibataire : Veuf(Ve) : Divorcé(e) :

2- Connaissez-vous quelques affections bucco-dentaires ? :

Oui Non

Si oui, lesquelles ?.....

- **Pensez-vous qu'on peut soigner les affections bucco-dentaires dans les structures sanitaires ?**

Oui Non

- **Avez-vous déjà consulté pour un problème d'odonto-stomatologique ?**

Oui Non

Si oui, quand date votre dernier rendez-vous ?.....

3- Raison du recours tardifs liés aux facteurs socio-culturels :

- Avez-vous peur des soins buccodentaires ?

Oui Non

- Que faites-vous quand vous avez un problème bucco-dentaire ?

Réponses :.....

- ✓ Avez-vous eu recours pendant cette période au Tradithérapeute ? Oui // Non / /

Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé ?.....

- ✓ Avez-vous eu recours pendant cette période à l'automédication ? Oui // Non //

Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé ?

- ✓ Avez-vous eu recours pendant cette période à l'automédication + Tradithérapeute ? Oui // Non //

Si oui, qu'est-ce qui vous a motivé?.....

- Y'a-t-il d'autres raison socio-culturelles qui ont favorisé votre recours tardifs aux soins buccodentaire ? Oui Non

Si oui, les quelles ?.....

4- Les raisons du recours tardif liées aux systèmes de soins :

- Pensez-vous que les frais de consultation buccodentaire peuvent-être la cause de votre recours tardif ? Oui Non

A combien estimez-vous les frais de consultation buccodentaire :

≤ 1500 FCFA 1500 - 3000 FCFA Plus de 5000 FCFA Ne sait pas

A combien s'élevaient les frais de consultations lors de votre dernière visite ?

450 FCFA 1500 FCFA 2000 FCFA 3000 FCFA
4000 FCFA 10000 FCFA Ne se rappellent pas

- Pensez-vous que le coût des soins bucco-dentaires peut-être la cause des recours tardif ? Oui Non

A combien estimez-vous le coût des soins buccodentaires ?

≤ 3000 F 3000 – 5 000 F Plus de 5 000 F Ne sait pas

A combien s'élevait le coût des soins lors de votre dernière visite ?

≤ 3000 F 3000 – 5 000 F Plus de 5 000 F Ne se rappelle pas

- Quelle est votre appréciation par rapport aux coûts des soins buccodentaires ? : Très Cher cher Acceptable

- Que pensez-vous du temps d'attente pour les soins dans une structure dentaire : Court Moyen long très long

A combien estimez-vous le temps d'attente lors de votre dernière visite ?

15mn 30mn 45mn 1h 2H 3H Plus de 3H

- Pensez-vous que le temps d'attente pour bénéficier des soins dans une structure dentaire est la cause de votre recours tardif ? Oui Non

- Quel est votre revenu mensuel ?.....

- Avez-vous une assurance maladie ?

Oui Non

Si oui laquelle

5- Les raisons des recours tardifs liées aux agents de santé :

- Avez-vous déjà eu un problème avec un agent de santé à l'accueil
Oui Non

- Avez-vous été satisfaite du comportement des agents à votre égard à l'accueil ?
Oui Non

- Pensez-vous que le comportement des praticiens est correct envers les patients dans une structure dentaire ?

Oui Non Ne sait pas

- Avez-vous une mauvaise expérience des soins buccodentaires ?
Oui Non

6- Les raisons des recours tardifs liées à l'accessibilité géographique :

- Y'a-t-il un cabinet dentaire dans votre localité?
Oui Non
 - A quelle distance êtes-vous au cabinet dentaire ?
a. $\leq 15\text{km}$ b. entre 15 km-30km c. Sup à 30km
d. Ne sait pas
 - Comment appréciez-vous cette distance ?
Loin Pas loin Trop Loin
 - Pensez-vous que la distance qui sépare votre résidence de la structure dentaire peut être la cause du recours tardif aux soins ?
Oui Non
 - Pensez-vous que le coût des transports peut-être un facteur du recours tardifs aux soins buccodentaire ?
Oui Non
 - Que pensez-vous du coût du transport pour vous rendre dans une structure dentaire ?
Pas Cher cher très Cher
- Pourriez-vous estimer le cout du transport ?.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !