

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

TITRE

**Satisfaction des patients porteurs de prothèses
amovibles, réhabilités au CHU-CNOS Pr Hamady
Traoré**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mr Sidi Yaya DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie dentaire (DIPLOME
D'ETAT)

Jury

Président : M. Boubacar Ba *Maître de conférences*

Membre : M. Mamadou Ba *Maître de recherche*

Co-directeur : M. Ahmed Ba *Maître assistant*

Directeur : M. Baba Diallo *Maître de recherche*

Liste actualisée des Enseignants de la FMOS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 – 2024

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
2. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7. Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
9. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11. Mr Issa TRAORE	Radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabetologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phthisiologie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique en Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
76. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
2. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
4. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
7. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
9. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
10. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
11. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
12. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
13. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
14. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
15. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
16. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
17. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
19. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
20. Mr Aladji Séidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
21. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
22. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
24. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
3. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
4. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
5. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
6. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
7. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
8. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
9. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
10. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
11. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
12. Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
14. Mr Adama I GUINDO	Ophthalmologie
15. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophthalmologie
16. Mr Abdoulaye NAPO	Ophthalmologie
17. Mr Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
18. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
20. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
21. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
22. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
23. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
24. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
25. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
26. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
27. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
28. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
29. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
30. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
31. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
32. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
33. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
34. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
35. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
36. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
37. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
38. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
39. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
40. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
41. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
42. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
43. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
44. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
45. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
46. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
47. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
49. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
50. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
51. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
52. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
53. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
56. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
57. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
58. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
59. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
60. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
61. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
62. Mr Mahamadou DIALLO	OrthopédieTraumatologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Ibrahima SANKARE | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire |
| 2. Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie Thoracique |
| 3. Mr Ahmed BA | Chirurgie Dentaire |
| 4. Mr Seydou GUEYE | Chirurgie Buccale |
| 5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie Pédiatrique |
| 6. Mme Fadima Koréïssy TALL | Anesthésie Réanimation |
| 7. Mr Abdoulaye KASSAMBARA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| 8. Mr Mamadou DIARRA | Ophthalmologie |
| 9. Mme Assiatou SIMAGA | Ophthalmologie |
| 10. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophthalmologie |
| 11. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 2. Mr Bakarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie –Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 7. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie – Mycologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE | Parasitologie – Mycologie |
| 2. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie– Mycologie |
| 3. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé publique, Santé-Environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 6. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie Virologie |
| 7. Mme Djeneba Bocar FOFANA | Bactériologie-Virologie |
| 8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 9. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 10. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 11. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/Génomique |
| 12. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale |
| 13. Mr Bourama COULIBALY | Anatomie Pathologie |
| 14. Mr Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| 15. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique |
| 16. Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et cytogénétique |
| 17. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 18. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 19. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 2. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 3. Mr Saïdou BALAM | Immunologie |

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 4. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 5. Mr Modibo SANGARE
Biomédicale | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche |
| 6. Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 7. Mr Sidy BANE | Immunologie |
| 8. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 3. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |
| 4. Mr Tata TOURE | Anatomie |
| 5. Mr Boubacar COULIBALY | Entomologie, Parasitologie médicale |
| 6. Mme Nadié COULIBALY | Microbiologie, Contrôle Qualité |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépatogastro-entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-phtisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mme Djénébou TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| 6. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 7. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 8. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 9. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 10. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 11. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 12. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 13. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 14. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 15. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 16. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 17. Mr Anselme KONATE | Hépatogastro-entérologie |
| 18. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépatogastro-entérologie |
| 19. Mme Hourouma SOW | Hépatogastro-entérologie |
| 20. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépatogastro-entérologie |
| 21. Mr Adama Agoussa DICKO | Dermatologie |
| 22. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 23. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 24. Mme N'DIAYE Hawa THIAM | Dermatologie |

25. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
30. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
32. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
33. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
34. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
35. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
36. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
37. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
38. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
39. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
40. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
41. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
43. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
44. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
45. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
46. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
47. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
48. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
49. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
50. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
51. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
52. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
53. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
54. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
55. Mr Seydou SY	Néphrologie
56. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
8. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
9. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
10. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
11. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
12. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
13. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
14. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie
15. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
---------------------------	----------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
4. Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
6. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
7. Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
8. Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
9. Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
10. Mr Birama Apho LY	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY	Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
4. Mr Mahamoudou TOURE	Santé publique
5. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
6. Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7. Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
8. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
5. Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
6. Mr Ilo DICKO	Santé Publique
7. Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
10. Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie Maître de Recherche
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale Chargé de Recherche
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion Maître de Conférences
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale Chargé de Recherche
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie Attaché de Recherche
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle Professeur
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale Professeur
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale Maître de Recherche
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie Maître de Recherche
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie Professeur
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie Maître de Conférences
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche Directeur de Recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail

24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44. Mr Ibrahima FALL	OCE
45. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 08 / 07 / 2024

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A mon très cher père

Boubacar Diallo

Toi qui m'as donné une éducation adéquate et m'a inculqué le sens du Courage. Ton ardeur au travail et ton sens de partage hors pair ne cesse de m'émerveiller davantage.

Vous avez su être un père pieux, digne, intègre, exemplaire, tu es pour moi l'exemple à suivre.

Je prie DIEU qu'il vous prête longue vie afin de me laisser œuvrer pour vous à mon tour.

Que ce travail soit pour toi le témoignage de mon profond attachement.

Remerciements :

Gloire et honneur à ALLAH

Nous rendons grâce à ALLAH par qui tout ce travail a été possible.

A Yero Diallo

Mon héros, 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 un homme fort, cultivé et confiant. Puisse Allah, le Tout puissant, te préserver et t'accorde la santé.

A ma très chère mère

Adiaratou Ouattara

Tu es pour moi l'image d'une mère idéale par ta douceur, ton ardeur aux tâches quotidiennes, Ta sensibilité et ta compréhension Ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices consentis.

A mes oncles

Feu Soumaila, Sawadi, Amadi, Ibrahim, Mohamed, Samba ,Barou, Cheikh Oumar, Sory

A mes tantes

Koura, Houley, Racky, Coumba, Mariam Siré, Fatim, Assetou, Feu Fatoumata, Hawa, Sira,

A tous mes cousins et cousines

Mamoutou, Bony, Adama, Mamadou, Hawa, Omou, Dicko, Fatoumata

Soyez rassurés de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs

Safiatou, Mamadou, Mamoutou, Mariam.

Qu'ils acceptent ce travail comme le symbole de mon profond amour envers eux. Je les exhorte à faire mieux que moi.

A Dr Cheick Fanta Mady Bagayoko et Familles

Je ne peux exprimer combien vous débordez de générosité. Vos actes vont dans le sens des vœux du « Tout puissant ». Soyez-en récompensés.

A toute l'équipe du centre dentaire Massaman particulièrement **Dr Bakary Traoré, Khadidja Konaté, Dr Issa Doumbia**, grâce à vous j'ai pu renforcer mon expérience. Merci pour votre partage.

A mes amis : Oumar Maiga, Ahmed Sidibé, Abdoul Ahaly, Aliou Maiga, Abdoul Sangaré merci pour votre soutien et votre disponibilité.

A mes camarades de la Onzième promotion filière odonto-stomatologie (promotion Pr Souleymane Togora)

Aucun mot ne serait exprimé ma profonde gratitude et la considération envers vous. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Au corps professoral

Merci pour l'enseignement que vous m'avez transmis. Vous avez su me guider dans mon parcours académique. Merci de m'avoir transmis votre soif de connaissance avec patience et bienveillance.

Au personnel du service de prothèse amovible du CHU-CNOS Pr HT

Dianguina Traoré, kadiatou Diallo, Batenin Traoré, Dr Ahmed Ba

Vous m'avez appris le travail en équipe, de la rigueur et aussi de la joie de tout partager ; recevez mes sincères gratitude

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Boubacar BA

- Maître de conférences de chirurgie buccale à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie buccale
- Diplôme Universitaire en carcinologie buccale
- Membre de la société Française de chirurgie Orale
- Ancien coordinateur de la Filière d'odontostomatologie de l'INFSS
- Ancien président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU-CNOS Pr.HT
- Membre du comité national de greffe du MALI
- Directeur général du CHU-CNOS Pr.HT
- Chef de filière d'odontostomatologie à la FMOS

Cher Maître,

Nous vous exprimons notre sincère gratitude pour avoir accepté de présider ce jury. Votre expertise, vos qualités pédagogiques et humaines, ainsi que votre disponibilité, ont laissé une forte impression dès nos premiers échanges. Votre souci de la ponctualité et du sérieux dans le travail suscite respect et admiration. C'est un véritable privilège d'avoir été vos étudiants. Merci pour votre aide précieuse et votre soutien tout au long de l'élaboration de ce travail. Ce message témoigne de notre profonde reconnaissance.

Qu'Allah vous bénisse et vous accorde une longue vie.

A notre Maitre et membre du jury

Pr Mamadou BA

- Spécialiste en Chirurgie Buccale
- Enseignant chercheur, Maitre de recherche à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU CNOS Pr H.T
- Enseignant vacataire à l'INFSS

Cher Maître,

Votre dynamisme, votre dévouement et votre disponibilité constante, malgré vos nombreuses responsabilités, font de vous un modèle de respect et d'admiration. L'équilibre que vous maintenez entre votre expertise et vos qualités humaines est particulièrement inspirant. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour l'attention que vous avez portée à ce travail. Veuillez recevoir nos remerciements les plus respectueux et notre profonde considération.

A notre Maitre et Co-Directeur de thèse

Dr Ahmed BA

Maitre-assistant en prothèse dentaire à la FMOS

Chef de service de prothèse amovible du CHU-CNOS Pr H.T

Praticien hospitalier au CHU-CNOS Pr H.T

Président de l'AOSMA

Membre du conseil national de l'ordre des chirurgiens dentiste

Cher Maitre,

C'est un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme Co-directeur de ce travail, malgré vos nombreuses responsabilités. Votre simplicité, votre générosité et votre rigueur scientifique nous ont profondément marqués tout au long de cette aventure. Nous vous exprimons ici, cher Maître, notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Baba Diallo

- Maître de recherche en épidémiologie
- Chirurgien-dentiste, praticien hospitalier au CHU-CNOS Pr H.T
- Phd en épidémiologie, diplômé de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP)d'Ouidah au Benin et de l'ISFRA
- Chef du département de santé Publique au CHU-CNOS Pr H.T
- Enseignant vacataire de bio statistique à l'Institut National de Formation en Sciences de la santé (INFSS)
- Membre du réseau mondial de la santé bucco-dentaire de l'OMS

Cher Maître,

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Un grand merci pour vos conseils précieux, votre réactivité et votre disponibilité, sans lesquels ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Votre enseignement, tant clinique que théorique, a été d'une qualité exceptionnelle tout au long de nos études. Votre excellence en pratique est une véritable source d'inspiration et un modèle à suivre.

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

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AOSMA : Association en Odontostomatologie du Mali

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOS Pr H.T: Centre National d'Odontostomatologie Professeur Hamady Traoré

DR : Docteur

DVO : Dimension verticale d'occlusion

FMOS : faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAC : Prothèse Amovible Complète

PAP : Prothèse adjointe partielle

PAPM : Prothèse Amovible Partielle Métallique

PAT : Prothèse adjointe totale

PCP : Prothèse Conjointe Plurale

PCU : Prothèse Conjointe Unitaire

Pr : Professeur

RIM : Rapport Intermaxillaire

LISTES DES FIGURES

Figure 1:Image d'une carie dentaire	- 4 -
Figure 2: Parodontite	- 5 -
Figure 3: Traumatisme dentaire (D).....	- 5 -
Figure 4: la prothèse fixée sur dent naturelle	- 8 -
Figure 5:prothèse dentaire sur implant.....	- 8 -
Figure 6: prothèse amovible partielle	- 9 -
Figure 7:prothèse amovible totale	- 9 -
Figure 5: Répartition des patients selon le sexe	- 27 -
Figure 6: : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation	- 28 -
Figure 7:Répartition des patients selon l'activité professionnelle	- 29 -
Figure 8: Répartition des prothèses selon de la localisation de la prothèse	- 30 -
Figure 9:Répartition des patients selon la période diurne du port de la prothèse	- 35 -
Figure 10: Répartition des patients selon la période du port de la prothèse.....	- 36 -
Figure 11: Répartition selon la présence d'occlusion stable.....	- 38 -
Figure 12: Répartition selon l'état de l'arcade opposé à la prothèse.....	- 40 -

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge des patients	- 27 -
Tableau II: Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	- 28 -
Tableau III: Répartition des patients en fonction de la résidence.....	- 28 -
Tableau IV: Répartition des patients selon le type de prothèse	- 29 -
Tableau V: Répartition des patients selon l'expérience de porte antérieur de prothèse	- 30 -
Tableau VI: Répartition des patients en fonction de l'état des dents adjacentes.....	- 31 -
Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité de rétention de la prothèse	- 31 -
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du niveau de satisfaction de la stabilité des prothèses	- 31 -
Tableau IX: Répartition des patients selon du niveau de satisfaction sur le plan l'esthétique et fonctionnel	- 32 -
Tableau X: Répartition des patients en fonctions du niveau de satisfaction sur le plan social et psychologique du port de la prothèse	- 33 -
Tableau XI: Répartition des patients en fonction de leur état de santé	- 33 -
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du nombre de dents ayant été remplacées.....	- 34 -
Tableau XIII: Répartition en fonction du type d'édentement	- 34 -
Tableau XIV: Répartition en fonction du nombre d'année d'utilisation de la prothèse.....	- 34 -
Tableau XV: Répartition en fonction du nombre de séance de contrôle de la prothèse.....	- 35 -
Tableau XVI: Répartition en fonction du nombre d'entretien par jour	- 36 -
Tableau XVII: Répartition en fonction du matériels utilisés pour l'entretien de la prothèse.....	- 37 -
Tableau XVIII: Répartition selon l'aspect des dents de la prothèse	- 37 -
Tableau XIX: Répartition selon l'aspect de la base de la prothèse.....	- 37 -
Tableau XX: Répartition selon le type d'aliments consommés avec la prothèse	- 38 -
Tableau XXI: Répartition des patients selon les habitudes alimentaires	- 39 -
Tableau XXII: Répartition selon l'état de la muqueuse de soutien de la prothèse.....	- 39 -
Tableau XXIII: Répartition selon l'état de l'os alvéolaire	- 40 -
Tableau XXIV: Répartition selon le type de matériaux utilisés pour la confection de la prothèse.....	- 41 -
Tableau XXV: Répartition du niveau de satisfaction des patients sur la phonation en fonction du sexe	- 41 -

Table des matières

I. Introduction	- 1 -
1.1. Objectifs :	- 3 -
a. Objectif général :	- 3 -
b. Objectifs spécifiques :	- 3 -
II. Généralités :	- 3 -
1. Etiologie de l'édentement.....	- 3 -
1.1. Les pathologies bucco-dentaires.....	- 3 -
a. La carie dentaire	- 3 -
b. Les parodontopathies.....	- 4 -
c. Les pathologies de tissus mous.....	- 5 -
d. Les traumatismes	- 5 -
e. La sénescence	- 6 -
1.2. La prothèse dentaire.....	- 6 -
a. Définition.....	- 6 -
b. Classification des prothèses.....	- 7 -
2. La prothèse dentaire fixe	- 7 -
3. Les prothèses fixées sur dents naturelles	- 7 -
4. Les prothèses fixées sur implants dentaires.....	- 8 -
5. La prothèse dentaire amovible.....	- 8 -
5.1. Prothèse amovible partielle.....	- 9 -
5.2. Prothèse amovible complète	- 9 -
6. Esthétique en prothèse	- 9 -
7. Equilibre biomécanique des prothèses	- 10 -
8. Rapports périphériques des prothèses.....	- 11 -
8.1. Fonction chez l'édenté	- 12 -
8.2. Les doléances en prothèse amovible.....	- 13 -
III. Méthodologie :	- 24 -
1. Lieu et cadre d'étude	- 24 -
2. Type d'étude et période d'étude :	- 24 -
3. Population d'étude :	- 24 -
3.1. Critères de sélection.....	- 24 -
4. Variables de l'étude	- 25 -
5. Outils et technique de collecte.....	- 26 -
6. Saisie et analyse des données	- 26 -

7. Considération éthique :.....	- 26 -
8. Retombées scientifiques :.....	Erreur ! Signet non défini.
IV.Résultats :	- 27 -
1. Caractéristiques socio-démographiques	- 27 -
2. Le plan esthétique et fonctionnel.....	- 29 -
3. Sur le plan Psycho-social.....	- 33 -
4. Etat de santé.....	- 33 -
5. L'état actuel de la cavité buccal	- 34 -
6. Les habitudes alimentaires.....	- 38 -
7. Sur le plan biologique.....	- 39 -
V. Commentaires et discussion	- 42 -
1. Caractéristiques socio-démographiques	- 42 -
2. Le plan esthétique et fonctionnel.....	- 43 -
3. Etat de santé buccale :	- 43 -
4. Aspect actuel de la prothèse :	- 44 -
5. Matériels d'entretien :.....	- 44 -
6. Qualité de vie et évaluation du niveau de satisfaction générale des patients	- 44 -
VI. Conclusion et recommandation	- 46 -
Référence bibliographique	- 48 -
Annexes.....	- 52 -

INTRODUCTION

I.Introduction

L'édentement est un handicap préoccupant, d'autant plus que l'espérance de vie augmente progressivement. L'édentement total se définit par la perte de toutes les dents d'une arcade ou de la bouche, résultant d'avulsions provoquées ou spontanées [1].

La perte de dents est due à divers facteurs, notamment des traumatismes, des maladies parodontales et des caries, et elle est exacerbée par des conditions socio-économiques spécifiques à certaines populations. Ainsi, le nombre de personnes totalement édentées augmente avec l'âge [2]. En Suisse, environ 50 % des individus de plus de 65 ans sont édentés, alors que ce phénomène est inexistant chez les moins de 20 ans. Dans des pays comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, entre 50 et 70 % des personnes de plus de 65 ans étaient édentées en 1988, et 60 à 85 % d'entre elles portaient au moins une prothèse totale [2].

L'édentement total est plus fréquent chez les femmes et au sein des classes sociales défavorisées [3]. En France, un rapport sur la santé bucco-dentaire révèle que 61,1 % des personnes âgées de 65 à 74 ans portent des prothèses adjointes [4]. Au Sénégal, une étude menée par Dieng et al. [5] a montré que 10,1 % de la population urbaine de Dakar porte des prothèses dentaires.

L'intégration des prothèses est un processus complexe influencé par divers facteurs, dont le vieillissement, qui engendre des conditions orales défavorables pouvant mener à l'échec de la réhabilitation prothétique conventionnelle [6]. De plus, une prothèse amovible inadaptée peut provoquer des plaintes. Une étude réalisée par Bah et al. au Sénégal en 2010 sur 60 patients édentés totaux a révélé que 63,3 % des patients exprimaient des doléances immédiates après l'insertion de leur prothèse amovible complète (PAC) [7]. Ces plaintes, souvent liées à des douleurs ou des troubles fonctionnels, peuvent créer une dynamique de consultations longues et infructueuses, ce qui, selon Pouysségur (Sénégal en 2008) et al. [8], peut détériorer la relation thérapeutique et même entraîner le rejet total de la prothèse. Paradoxalement, la tolérance à une PAC inadaptée peut augmenter avec l'âge [9], les patients acceptant inconsciemment une réduction de leurs capacités fonctionnelles comme une manifestation normale du vieillissement [10].

La satisfaction, étant subjective, varie d'un individu à l'autre. Les critères permettant d'évaluer la réussite d'une réhabilitation par prothèse amovible incluent l'esthétique, l'intégration sociale et l'adaptation des prothèses [11]. L'étude de Malik et al. au Pakistan en avril 2018, incluant 100 patients (60 hommes et 40 femmes) portant des prothèses adjointes partielles, a montré que 55 % des participants se plaignaient d'un desserrement de la prothèse, 40 % d'ulcérations autour ou sous la prothèse, 35 % de douleurs et d'inconfort, 25 % d'une faible efficacité masticatoire, 28 % de problèmes d'élocution, et 10 % de dents artificielles décollées [13].

L'étude de Nteme FC en octobre 2014 à Yaoundé, portant sur 46 participants (26 femmes et 20 hommes), a indiqué que la classe d'édentement la plus représentée était la classe VI avec 15 participants (32,6 %), suivie par la classe IV avec 14 participants (30,43 %) selon la classification de Lejoyeux. La fracture de la base prothétique en résine était la plainte la plus fréquente, avec 12 cas, suivie par la diminution de l'épaisseur de la résine et une gêne indescriptible [12].

À Ouagadougou, Yameogo et al. en 2017 ont obtenu un score de satisfaction de 68,1 % pour l'accueil et de 87,7 % pour la qualité des soins dans leur évaluation de la satisfaction des patients en cardiologie au Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU Y-O) [14].

Peu d'études ont été réalisées sur la satisfaction des patients portant des prothèses amovibles au Mali. Pour contribuer à cette lacune, nous proposons de mener une étude visant à évaluer le degré de satisfaction esthétique et fonctionnelle des patients réhabilités par prothèse amovible au sein du service de prothèse amovible du Centre National d'Odontostomatologie (CNOS), dans le but d'améliorer leur prise en charge ainsi que leur bien-être fonctionnel et psychosocial.

1.1. Objectifs :

a. Objectif général :

Evaluer le degré de satisfaction des patients porteurs de prothèse amovible au CHU-CNOS Pr Hamady Traoré de Bamako

b. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patients
- Déterminer le degré de satisfaction psychosocial, fonctionnel et esthétique des patients appareillés
- Déterminer l'état actuel de la cavité buccal des patients appareillés
- Déterminer les habitudes alimentaires des patients

GENERALITES

II. Généralités :

1. Etiologie de l'édentement

1.1. Les pathologies bucco-dentaires

Les pathologies bucco-dentaires les plus courantes, selon l'OMS, sont principalement la carie dentaire et les maladies parodontales [15]. Actuellement, environ cinq milliards de personnes dans le monde souffrent de caries, un chiffre en hausse, surtout dans les pays en développement, où la prévention n'est pas toujours adoptée de manière systématique. En conséquence, les praticiens sont souvent appelés à intervenir uniquement pour limiter les dégâts, notamment par des extractions. Cela conduit à faire de l'extraction dentaire l'activité principale de la santé dentaire, entraînant l'édentement, qui est un véritable enjeu de santé publique [2]. De nombreuses études ont démontré que la qualité de l'alimentation peut affecter la résistance ou la vulnérabilité des tissus buccaux, tout comme la consommation de produits tels que le tabac ou l'alcool, qui contribuent souvent à la détérioration de la santé bucco-dentaire [15]. L'édentement engendre des problèmes psycho-sociaux d'insertion. Les principales causes de l'édentement incluent les pathologies bucco-dentaires (telles que la carie dentaire, les parodontopathies et les maladies des tissus mous), ainsi que les traumatismes et le vieillissement, qui mènent à la perte de dents et, par conséquent, à l'édentement.

a. La carie dentaire

La carie dentaire est une maladie bactérienne chronique multifactorielle causée par des germes non spécifiques, touchant les tissus durs de la dent. Son développement se caractérise par une destruction progressive des tissus minéralisés, résultant d'un processus de déminéralisation qui peut être plus ou moins rapide et centripète. Ce phénomène résulte d'interactions physico-chimiques entre la plaque bactérienne, les glucides et l'hydroxyapatite de l'émail dentaire [16]. La qualité de l'alimentation peut influencer la résistance ou la vulnérabilité des tissus mous et durs de la bouche. De même, la consommation de substances addictives telles que le tabac ou l'alcool contribue souvent à la détérioration de la santé bucco-dentaire [15]. En l'absence de traitement, cela peut conduire à la perte des dents.



Figure 1:Image d'une carie dentaire [17]

b. Les parodontopathies

Les parodontopathies, ou maladies parodontales, sont des affections bactériennes caractérisées par des processus inflammatoires ou dégénératifs qui touchent les tissus de soutien de la dent, incluant la gencive, le cément, le desmodonte et l'os alvéolaire. Ces maladies peuvent entraîner une mobilité dentaire, et par la suite, la perte spontanée des dents. Selon plusieurs auteurs, elles sont considérées comme la principale cause de perte dentaire dans les populations démunies et malnutries [18]. Diouf [19] a réalisé en 1997 une étude descriptive sur l'état parodontal dans la région de Dakar, portant sur 1000 cas, et a révélé que 23,5 % de l'échantillon nécessitaient une prothèse dentaire, tandis que seulement 0,4 % en possédaient une.



Figure 2: Parodontite [17]

c. Les pathologies de tissus mous

Certaines affections des tissus mous de la cavité buccale peuvent être à l'origine de perte dentaire par un processus inflammatoire, infectieux ou tumoral. Ce sont entre autres : le lymphome de Burkitt, les candidoses, les tumeurs, les manifestations buccales de VIH/SIDA etc. [18].

d. Les traumatismes

Les traumatismes se définissent comme l'ensemble des lésions touchant un tissu ou un organe, causées par un agent vulnérant. Ils peuvent affecter les dents, les maxillaires ou les tissus de soutien. Ces traumatismes peuvent résulter d'accidents sur la voie publique, dans des lieux comme la cour d'école ou sur le lieu de travail, ainsi que de diverses formes de violence (rixes ou agressions), de mutilations dentaires ou d'erreurs iatrogènes, comme lors d'extractions difficiles mal gérées [18]. Ces blessures peuvent entraîner des mobilités dentaires irréversibles, nécessitant ainsi des extractions et conduisant à l'édentement.



Figure 3: Traumatisme dentaire (D)[20]

e. La sénescence

Elle est définie comme étant la détérioration des tissus par un processus de vieillissement qui peut être normal en rapport avec l'âge ou pathologique (prématuré). Pour certains auteurs, l'augmentation de la sénescence, pourrait être due à une hyper résorption par conséquent entraînant une perte des dents [21].

1.2. La prothèse dentaire

D'autres pathologies peuvent entraîner des avulsions thérapeutiques ou des pertes dentaires pathologiques, qu'elles soient d'origine locale ou générale.

Pathologies locales :

Les malpositions dentaires (telles que l'ectopie, les anomalies d'éruption, les complications liées aux dents de sagesse et la persistance des dents temporaires), ainsi que les ostéites, les tumeurs bénignes et l'ostéo-radionécrose.

Pathologies générales :

Des conditions comme le diabète, les troubles neuropsychiques et certaines tumeurs malignes. Par ailleurs, d'autres causes de perte dentaire peuvent inclure :

- Les traitements orthodontiques, qui peuvent nécessiter des extractions pour prévenir ou corriger des malpositions.
- Les habitudes de vie nuisibles, telles que l'alcoolisme et le tabagisme, qui peuvent endommager le revêtement gingival. Pour remédier à ces pertes, les odontologues proposent des restaurations prothétiques variées, allant de la prothèse amovible à la prothèse conjointe. Le choix de la prothèse dépend principalement du niveau socio-économique du patient et de sa disponibilité [19].

a. Définition

Le terme "prothèse" provient du grec « prothésis », signifiant addition. Selon le Petit Larousse, la prothèse désigne un ajout artificiel destiné à remplacer un organe partiellement ou totalement retiré. En ce qui concerne la prothèse dentaire, elle vise à réhabiliter le système manducateur par des techniques de sculpture, de modelage et de contre-modelage. Il s'agit d'une discipline artistique qui consiste à reconstituer ou remplacer une ou plusieurs dents absentes ou détériorées par l'ajout d'un dispositif mécanique, afin de restaurer ou d'améliorer les fonctions altérées, l'esthétique déficiente, tout en préservant ou optimisant le confort et la santé des personnes édentées. Le dictionnaire de prothèse odontologique définit cette discipline comme celle qui traite du rétablissement et du maintien des fonctions orales, du confort, de l'apparence et de la santé à l'aide de dispositifs médicaux sur mesure [22]. Le technicien de laboratoire de prothèse

est chargé de créer, modifier et réparer des appareils de prothèse ou de restaurations buccales en se basant sur des empreintes et des instructions fournies par les chirurgiens-dentistes [2].

b. Classification des prothèses

Le traitement du patient édenté se limite actuellement à ces possibilités : prothèse adjointe complète, prothèse adjointe partielle métallique, prothèse adjointe partielle composite, prothèse amovible complète supra-implantaire, prothèse amovible complète supra radriculaire.

Les prothèses dentaires sont divisées en deux grandes catégories :

- Prothèse dentaire fixe
- Prothèse dentaire mobile

2. La prothèse dentaire fixe

Elle peut être divisée aussi en :

- Prothèses fixes sur les dents naturelles
- Prothèses fixes sur les implants dentaires

3. Les prothèses fixées sur dents naturelles

Les prothèses dentaires se composent de prothèses conjointes unitaires (PCU), telles que les couronnes dentaires, et de prothèses conjointes plurales, comme les bridges.

Couronnes dentaires : Ce sont des couronnes scellées qui recouvrent et enveloppent l'ensemble de la couronne clinique, redonnant aux dents endommagées une morphologie occlusale et une forme fonctionnelle [23]. Elles aident à restaurer les dents abîmées, protègent les dents sensibles et préviennent l'aggravation des problèmes lorsque la restauration par amalgame dentaire n'est pas suffisante pour corriger la forme ou la couleur de la dent. Parmi les couronnes dentaires les plus courantes, on trouve la couronne métallo-céramique, qui inclut quatre types : la couronne coulée, la couronne céramo-métallique, la couronne à incrustation vestibulaire et la couronne céramo-céramique.

Bridges dentaires : Le terme "bridge", qui signifie « pont » en anglais, désigne une prothèse permettant de combler l'espace laissé par une ou plusieurs dents manquantes sur l'arcade dentaire. Les dents situées aux extrémités du bridge servent de support et sont appelées piliers. Les dents artificielles qui composent le bridge sont désignées par les termes pontique ou éléments intermédiaires. Les bridges ont pour fonction de remplacer une ou plusieurs dents et peuvent être fabriqués avec les mêmes matériaux que les couronnes, la principale différence étant que les bridges sont constitués d'au moins trois couronnes.



Figure 4: la prothèse fixée sur dent naturelle [24]

4. Les prothèses fixées sur implants dentaires

La solution avec implants dentaires est utilisée pour les personnes qui ont perdu une ou plusieurs dents, mais ne veulent pas toucher les dents naturelles ou pour les personnes qui sont complètement édentées.



Figure 5: prothèse dentaire sur implant [25]

5. La prothèse dentaire amovible [2]

La prothèse dentaire amovible est une prothèse qui est retirée chaque jour pour être nettoyée. Souvent, ces prothèses sont faites pour une reconstitution provisoire et rapide des dents, qui n'ont pas assez d'os pour insérer des implants ou pour des raisons économiques.

Les prothèses dentaires amovibles se divisent en :

- Prothèses amovibles partielles
- Prothèses amovibles complètes

5.1. Prothèse amovible partielle

La prothèse partielle, en comparaison avec la prothèse complète, est un appareil permettant de remplacer une ou plusieurs dents dans le but d'améliorer la phonétique, la mastication, ainsi que l'esthétique. Peut être faite en résine et en métal.



Figure 6: prothèse amovible partielle [25]

5.2. Prothèse amovible complète

La prothèse amovible complète, souvent désignée sous le terme de dentier, est un dispositif qui remplace les dents naturelles. Elle est qualifiée de "complète" car elle remplace l'ensemble des dents, que ce soit sur l'arcade maxillaire pour un dentier supérieur ou sur l'arcade mandibulaire pour un dentier inférieur. Fabriquée en résine, cette prothèse s'adresse aux personnes qui ont perdu toutes leurs dents et pour lesquelles l'implantologie est contre-indiquée en raison d'une absence osseuse.



Figure 7: prothèse amovible totale [25]

6. Esthétique en prothèse

➤ Définition

Le terme « esthétique » a été introduit par le philosophe allemand Kant vers 1750, dérivant du mot grec « aisthesis », qui signifie la capacité de percevoir et de sentir, englobant ainsi la sensibilité à la fois en termes de connaissance sensorielle et d'aspect affectif. L'esthétique évoque une émotion particulière, générant un sentiment d'harmonie, de

ravissement et de plénitude. Ce sentiment peut provenir d'œuvres artificielles, telles que la peinture ou la sculpture, ou d'éléments naturels, comme le visage humain [23].

L'esthétique est souvent définie comme « la science de la beauté dans la nature et les arts ». Cependant, Hegel souligne que le beau ne peut être entièrement codifié, car « la beauté, fruit de l'imagination et des sentiments, ne peut pas être considérée comme une science exacte ».

Cette dualité entre esthétique scientifique et humaine pose une question cruciale pour le praticien : il s'agit non seulement de redonner des dents au patient, mais aussi de lui offrir un sourire. Le praticien doit ainsi retrouver l'image du naturel à partir de références et de données précises [4].

7. Equilibre biomécanique des prothèses [11]

Pour rétablir la fonction occlusale compromise par l'édentement sans nuire aux structures environnantes, la prothèse doit répartir les forces masticatoires de manière harmonieuse entre les éléments dento-parodontaux et gingivo-osseux, tout en les transmettant dans une direction proche des axes dentaires. Bien qu'elle soit amovible, la prothèse ne doit pas être considérée comme « mobile » ; les tissus de soutien doivent empêcher tout déplacement sous l'effet des forces fonctionnelles. Une adaptation parfaite de la prothèse à la surface de soutien est donc essentielle. L'équilibre prothétique, examiné selon trois axes orthogonaux, doit répondre à la triade d'équilibre de Paul Housset, qui comprend la sustentation, la stabilisation et la rétention, ces trois éléments étant en étroite interdépendance.

a. La sustentation

La sustentation se définit comme l'ensemble des forces axiales qui s'opposent à l'enfoncement de la prothèse dans ses tissus de soutien. Elle est d'autant plus efficace lorsque les forces appliquées sont faibles et que la surface d'appui est résistante [11,26]. La conception d'une prothèse à appui mixte (dentaire et muqueux) est privilégiée, car elle permet une répartition optimale de la charge occlusale sur les différentes surfaces anatomiques.

Le comportement cinématique de la prothèse varie selon le mode de sustentation choisi : plus la sustentation dentaire est importante, plus la prothèse devient rigide et limite l'enfoncement des selles prothétiques. Pour un édenté total, la surface d'appui moyenne offerte par la muqueuse est d'environ 24 cm² au maxillaire et 14 cm² à la mandibule. Toutefois, au-delà de l'évaluation de la surface d'appui, il est essentiel d'analyser les caractéristiques des tissus qui contribuent à la sustentation immédiate et à long terme. La sustentation immédiate dépend principalement des propriétés intrinsèques des tissus muqueux et osseux, tandis que la sustentation à long terme est surtout liée à leur résistance à la résorption [4]. Enfin, la sustentation permet de maintenir la

constance des relations entre l'intrados de la prothèse et les structures osseuses et muqueuses, garantissant ainsi la précision des relations occlusales.

b. La stabilisation

C'est l'ensemble des forces qui s'opposent aux mouvements de translation horizontale ou de rotation de la prothèse [11]. La stabilité prothétique correspond à la résistance offerte par les reliefs et la forme générale des arcades, aux forces de renversement. Contribuant de manière majeure au confort physiologique, elle est fonction des facteurs anatomiques, musculaires et occlusaux.

c. La rétention

La rétention est définie comme l'ensemble des forces qui s'opposent à l'éloignement de la prothèse de sa surface d'appui [11]. Elle joue un rôle crucial en résistant aux forces de gravité et à d'autres forces associées, ce qui en fait un élément fondamental pour le patient et le praticien [4]. La rétention muqueuse est assurée par la présence d'un film salivaire entre la résine de la prothèse et la muqueuse, ainsi que par un joint périphérique efficace. Elle est également renforcée par l'appui des organes périphériques sur les surfaces polies stabilisatrices. Cependant, dans le cas d'une prothèse amovible à châssis métallique, la rétention repose principalement sur les éléments dentaires.

Les forces de rétention sont axiales et dirigées vers la surface d'appui, ce qui signifie que les surfaces utiles à la rétention doivent être orientées vers les tissus de soutien. Les surfaces horizontales sont généralement les plus favorables, tandis que les crochets du châssis métallique se situent sur des surfaces obliques.

8. Rapports périphériques des prothèses

« Le principe fondamental de la construction des prothèses est que chaque segment de la surface de la prothèse doit être modelé pour s'adapter à une portion correspondante des tissus de la cavité buccale du patient ou à un segment de la prothèse », écrivait E. Wilfred Fish [21]. La rétention et la sustentation des prothèses, ainsi que leur intégration avec les autres structures de la cavité buccale, dépendent de la connaissance et du respect des éléments anatomiques et physiologiques qui leur sont liés. Il est donc essentiel d'analyser et de préciser les éléments anatomiques et physiologiques influençant la réalisation d'une prothèse, notamment lors de la prise d'empreinte, de l'enregistrement, du montage des dents et de l'essai des prothèses en bouche [3]. Ces éléments, bien que nombreux et interdépendants, seront classés et étudiés pour chaque arcade édentée en fonction de leur relation avec les différentes parties de la prothèse, afin d'en faciliter la compréhension.

8.1.Fonction chez l'édenté [27]

Dans la plupart des cas, l'édentement s'inscrit dans le processus de vieillissement, entraînant des modifications anatomiques et physiologiques locorégionales dues à la perte de dents et d'os alvéolaire. La physiologie de l'édenté total doit prendre en compte les phénomènes généraux de la sénescence, souvent associés à des pathologies courantes. Il est fréquemment difficile de distinguer les modifications tissulaires liées à la sénescence des transformations pathologiques qui les accompagnent. L'impact sur l'esthétique, la physiologie et la fonction reste constant. Les fonctions telles que la déglutition, la phonation, la mastication, l'incision, ainsi que l'occlusion et la cinématique mandibulaire, sont profondément altérées chez les édentés et dépendent de la présence d'une prothèse compensatrice. Sur le plan fonctionnel et esthétique, l'absence de prothèse engendre divers désordres qui peuvent être traités par des solutions prothétiques.

a. Cinématique mandibulaire

Au cours de la vie, les articulations temporo-mandibulaires subissent des transformations en raison du remodelage provoqué par les forces mécaniques auxquelles elles sont soumises. Ce remodelage est un mécanisme biologique qui permet de maintenir l'équilibre entre la forme de l'articulation et sa fonction. Il se manifeste par un phénomène de résorption et d'adaptation osseuse non pathologique en réponse à un stimulus mécanique. Lorsque les forces exercées dépassent les capacités d'adaptation de l'articulation, l'équilibre entre forme et fonction est rompu, ce qui peut conduire à l'apparition de pathologies et à une évolution vers la dégénérescence.

b. La déglutition

La déglutition permet à la salive et au bol alimentaire de passer de la bouche à l'estomac. Malgré la perte des dents, des structures telles que la langue, la cavité orale, les organes du carrefour aérodigestif et le système neurovégétatif maintiennent cette fonction, qui semble donc peu perturbée. Cependant, en l'absence de prothèse compensatrice, la disparition du rempart alvéolo-dentaire et les modifications des conditions alimentaires entraînent un retour vers un comportement neurovégétatif similaire à celui du nourrisson. Chez l'édenté total, le temps buccal, qui est volontaire et non réflexe, est souvent le plus altéré. Pour l'édenté non appareillé, l'activité musculaire des muscles orbiculaires et buccinateurs est accrue afin de compenser la fermeté et la rigidité des parois buccales. Toutefois, en raison de l'absence de stabilisation mandibulaire par des contacts dentaires, le processus de fermeture buccale ne s'effectue plus dans ses limites habituelles. Il se déroule dans des conditions différentes, grâce aux systèmes régulateurs des motoneurons des nerfs glossopharyngien et hypoglosse. La langue joue un rôle essentiel en stabilisant la mandibule en s'appuyant sur le palais.

c. La mastication

La mastication et l'incision préparent le bol alimentaire à la déglutition, impliquant des mouvements d'abaissement et d'élévation rythmés, d'amplitude constante, qui forment un cycle masticatoire [28]. La capacité masticatoire des porteurs de prothèses est considérablement réduite. Chez les sujets édentés, la mastication se déroule de manière similaire à celle des patients dentés, mais dans le plan frontal, avec un cycle masticatoire qui est plus large et plus court. Pour les porteurs de prothèses, l'adaptation de la fonction à la texture des aliments reste limitée, malgré la perception de ces textures [4].

d. La phonation

La phonation est une fonction complexe qui repose sur trois phénomènes essentiels : la soufflerie pulmonaire, le rétrécissement glottique vibrant et les cavités supra glottiques qui agissent comme résonateurs. Dans ce processus, la cavité orale joue deux rôles majeurs : elle participe à l'articulation et sert de cavité de résonance et de filtre acoustique. Cela contribue à amplifier les sons, en renforçant principalement les fréquences proches de sa fréquence propre de résonance. Les différents éléments de la cavité orale et leurs limites ont des rôles variés selon le mécanisme considéré. Sa configuration est extrêmement variable, en fonction de l'ouverture mandibulaire, des mouvements des lèvres et des positions que peut adopter la langue par rapport au palais dur, au palais mou et aux arcades dentaires. Bien que ces structures ne soient pas directement impliquées dans la production de la voix, elles jouent un rôle crucial dans l'articulation.

Ainsi, toute perturbation du guide antérieur due à une édentation partielle ou totale, ainsi que les altérations de la dimension verticale, peuvent interférer avec la prononciation de certains phonèmes, en modifiant l'espace minimal phonétique. L'édentement entraîne une réduction des appuis linguaux lors de la phonation, ce qui se traduit par des troubles dans l'articulation des phonèmes.

8.2. Les doléances en prothèse amovible

➤ Définition

Selon le dictionnaire Littré, le terme "doléance" désigne une « plainte au sujet d'un grief ». Bien que le mot "plainte" puisse paraître léger, il fait référence à « l'expression vocale de la douleur ressentie », tandis que "grief" évoque un « dommage subi », impliquant une certaine menace et une demande de réparation [29]. L'insertion d'une prothèse amovible peut engendrer une réaction variable, se traduisant par des doléances. Celles-ci peuvent être immédiates au moment de l'insertion ou apparaître dans les jours qui suivent. Identifier les causes de ces doléances, les

interpréter, anticiper et les éliminer constitue une étape cruciale du traitement par prothèse amovible, qu'elle soit totale ou partielle [29].

Les doléances exprimées par les patients, qu'elles soient immédiates ou secondaires, se divisent en deux catégories :

-**Doléances objectives** : accompagnées de signes cliniques tangibles.

-**Doléances subjectives** : représentant des sensations sans signes cliniques réels.

a. Doléances immédiates

Dans les minutes qui suivent l'insertion des prothèses, après vérification et réglages, conseils d'usages, le patient livre ses premières sensations.

b. Doléances objectives

En prothèse, le traitement de l'édentement est un des plus difficiles qu'il soit, nécessitant une somme de connaissances considérable dans des domaines aussi variés que l'anatomie, la physiologie, l'histologie, les matériaux, l'occlusion, la pathologie buccale et générale, sans oublier l'hygiène, la psychologie, l'esthétique, la phonétique, la gériatrie.

Quelle que soit la qualité des restaurations, il faut, le jour de la pose, s'attendre à résoudre les doléances présentées par le patient.

Le praticien sera confronté aux doléances immédiates objectives qu'il conviendra de cerner et de corriger. Sont qualifiées d'objectives, des doléances pour lesquelles une amélioration technique est justifiée, amenant leur disparition définitive. Celles-ci sont généralement liées à des phénomènes douloureux plus ou moins intenses, souvent en relation avec une instabilité prothétique ou des compressions localisées. Des griefs esthétique ou fonctionnels, en particulier phonétiques peuvent y être associés. Les doléances sont dites immédiates lorsqu'elles se manifestent au moment même de l'insertion prothétique [30].

✓ **Les doléances d'origine réflexe**

Elles sont essentiellement constituées par les nausées. Incoercibles, elles peuvent déterminer le rejet immédiat de la prothèse et le refus de la porter. Ainsi le réflexe nauséux doit être détecté dès le premier contact avec le patient. Les causes sont de plusieurs ordres : psychogènes (la peur) et somatiques. Le traitement sera à la fois psychologique, prothétique et pharmacologique

✓ **Les doléances d'origine mécaniques immédiates**

Elles concernent plus précisément le volume des pièces prothétiques ou l'instabilité de l'une des prothèses. 25% des porteurs de prothèses ressentent une insatisfaction liée, entre autres facteurs, au manque de rétention et de stabilité [31]. Il faut distinguer d'emblée l'instabilité en occlusion de celle en inocclusion.

Au maxillaire, l'instabilité de la prothèse peut être liée à la présence d'un joint postérieure important qui n'a pas encore trouvé sa place dans les régions dépressibles du voile.

Elément indispensable à la rétention des prothèses adjointes complètes, le joint vélopalatin doit être situé en regard de la zone aponévrotique du voile, entre le palais osseux et la partie musculaire du voile. Si le joint est situé trop antérieurement, il favorise une instabilité prothétique par manque d'herméticité. Un joint trop postérieur est lui aussi à l'origine d'une instabilité prothétique et des blessures [32]. Le modelage des extrados prothétiques est important pour répondre à certaines doléances post-prothétique concernant la rétention et la stabilisation.

A la mandibule, la situation est différente ; les phénomènes de rétention liés à l'adhésion et à la cohésion sont réduits en raison de la diminution de la surface d'appui, mais aussi de l'importance du volume salivaire recouvrant le fond du vestibule local et le plancher de la cavité buccale. Cela s'oppose à la création d'un film et d'un ménisque salivaire efficace, sauf après une phase de déglutition, acte qui « assèche » la cavité buccale et lamine le film salivaire. La musculature périphérique contribue à la rétention et à la stabilisation prothétique. L'action des muscles est stabilisatrice si les fibres musculaires sont orientées parallèlement aux bords prothétiques ou au plan d'occlusion.

•TROUBLES SALIVAIRES

La salive est un élément essentiel de la rétention et de la protection des tissus de la surface d'appui. Les altérations de la sécrétion salivaire se manifestent soit par une asialie partielle ou totale, soit par une hyper salivation favorable à la baisse de la rétention prothétique.

•ERREURS TECHNIQUES AU LABORATOIRE

Les erreurs de polymérisation provoquent des distorsions entraînant un manque de rétention, de stabilité prothétique.

De même, lors de la finition, un grattage, un polissage trop violent altèrent la précision des bords en détruisant leur parfaite adaptation, donc la rétention. La réponse technique et le plus souvent un nouvel enregistrement des bords prothétiques, une empreinte de surface de l'intrados avant une réfection de la base [33].

✓ Doléances subjectives

•LA PHONATION

La mise en bouche d'une prothèse peut entraîner des troubles de l'articulation de certains phonèmes, car les positions de la langue, des joues et des lèvres se trouvent modifiées par les limites imposées par les appareils. Une évaluation erronée de la dimension verticale d'occlusion entraîne des troubles phonétiques évidents. Une surévaluation provoque l'émission de

sifflements tandis qu'une sous-évaluation est à l'origine de chuintements [33]. L'adaptation est plus ou moins rapide selon les patients.

•L'ESTHETIQUE

Le besoin esthétique, profondément ancré en chacun de nous, est particulièrement accentué lorsqu'il s'agit de parties visibles de notre corps. Ce besoin est gravement altéré en cas d'édentement antérieur ou lors d'une édentation totale, ce qui peut engendrer des complexes irréversibles, des frustrations et des troubles affectifs. Tout au long de son traitement, le patient accorde une attention particulière à la restauration de son esthétique, une préoccupation renforcée par son entourage, l'importance croissante accordée à la préservation d'une apparence jeune, ainsi que par les problèmes psychologiques et sociaux qui découlent de l'édentement.

Le défi pour le dentiste aujourd'hui est de recréer l'illusion d'une denture naturelle, afin que le patient ne soit pas perçu comme édenté par son entourage. Les principales doléances esthétiques comprennent des dents jugées trop grandes ou trop jaunes, une visibilité inappropriée des dents, une prothèse trop exposée, ou un aspect général trop artificiel des reconstitutions prothétiques [30].

•LE VOLUME DES PROTHESES

Si les empreintes, l'occlusion et le montage des dents sont l'objet de toute notre attention, la forme et le volume des extrados prothétiques sont souvent laissés à la dextérité du laboratoire, sans que celui-ci puisse réellement tenir compte de l'importance fondamentale de ces contours. En effet la prothèse doit, non seulement occuper ce que certains auteurs dénomment « l'espace passif libre, la zone neutre », mais aussi s'intégrer et s'adapter aux contours et déplacements de ces mêmes parois musculaires.

Par leur rôle esthétique, mécanique et fonctionnel, les formes et le volume des extrados prothétiques contribuent à augmenter l'indice de satisfaction du patient [4].

•LES DOLEANCES TACTILES (SOMESTHESIE)

Les doléances tactiles sont constituées par des réactions douloureuses en occlusion de relation centrée. Toutes les causes d'irritation doivent être éliminées d'une façon très stricte avant que le patient ne prenne congé du praticien. Le premier soin consistera à éliminer les points de contacts prématurés responsables de surcharges locales, de compression et de douleurs. Toutes les sur extensions et les zones de surcharge devront être repérées et éliminées [22].

c. Doléances secondaires

Elles peuvent être tardives ou se manifester dès le lendemain de la pose.

- ✓ Doléances à court terme
- ✓ Doléances objectives

Elles sont exprimées quelques jours après l'insertion des prothèses et traduisent le plus souvent des insuffisances ou imprécisions techniques accentuées par des conditions cliniques délicates telles que l'importance de la résorption osseuse ou l'état des tissus muqueux recouvrant les surfaces d'appui, des relations intermaxillaires incertaines, des déséquilibres physiologiques.

•LES BLESSURES

La blessure se manifeste lorsque la rétention des bases est suffisante pour résister aux forces exercées sur une zone en surextension fonctionnelle [34]. La doléance principale concerne les douleurs souvent accompagnées de signes cliniques, tels que des ulcérations. Même si l'adaptation de l'intrados a été validée lors de l'insertion, l'apparition de douleurs nécessite un contrôle minutieux des tissus de soutien, de l'intrados et de l'occlusion.

- L'examen des zones douloureuses se concentre sur les tissus de soutien, en particulier la recherche de lésions muqueuses.

- La qualité de l'intrados est ensuite examinée attentivement pour identifier d'éventuelles irrégularités pouvant irriter les muqueuses. Les zones de suppression liées au tassement des tissus, notamment sur les zones non dépressibles (tori, lignes mylo-hyidiennes), sont atténuées de manière ciblée et modérée, puis repolies.

- Enfin, l'analyse des paramètres occlusaux vise à évaluer les surcharges occlusales sur les tissus de soutien. Des éléments de l'occlusion peuvent être en cause : une surévaluation de la dimension verticale peut entraîner une hyperhémie sur toute la surface de sustentation, tandis qu'une sous-évaluation de cette dimension provoque un glissement de la mandibule, entraînant des surcharges et des blessures au niveau antérieur du maxillaire [33].

•LES MORSURES JUGALES ET LINGUALES

C'est la conséquence, le plus souvent :

- De l'absence de surplomb entre les cuspides vestibulaires et entre les cuspides linguales antagonistes.

- Une absence de concavité dans la région vestibulaire et distale des extrados de la prothèse mandibulaire qui empiète sur le volume jugal.

- La forte réduction de l'espace entre les prothèses maxillaire et mandibulaire au niveau des tubérosités et des trigones [34].

•STAGNATION ALIMENTAIRE ET HYGIENE

Le montage, la fausse gencive, la qualité et la forme des extrados contribuent de manière importante à l'hygiène prothétique en facilitant ou non la rétention des aliments.

Un montage trop lingualé entraîne souvent l'accumulation de débris alimentaires sur les contours vestibulaires de la base prothétique. Une sculpture très accentuée de la fausse gencive et l'absence de papilles qui ne comblent pas les embrasures inter proximales contribuent elle aussi à la rétention du bol alimentaire. La présence de concavités accentuées, de reproduction exagérée des profils radiculaires et convexité, favorise le dépôt de plaque microbienne et complique le brossage [33].

•LES ALLERGIES

Les allergies peuvent être considérées comme des doléances secondaires d'origine réflexe [18]. Divers éléments tels que le monomère libre, l'hydroquinone, le peroxyde de benzoyle ou certains colorants peuvent être incriminés [34].

Les irritations, inflammations et manifestations allergiques au niveau de la muqueuse buccale sont souvent causées par un taux élevé de méthacrylate de méthyle résiduel. Les patients rapportent des symptômes tels que l'érythème et l'érosion de la muqueuse. Différents facteurs, tels que le type de résine, sa composition, le pourcentage de monomère et de polymère, ainsi que le temps de cycle de polymérisation, influencent la quantité de monomère résiduel dans les résines acryliques.

De plus, la méthode de polymérisation affecte la toxicité des résines : les résines chimopolymérisables semblent générer plus de monomère résiduel que les résines thermopolymérisables. Il est important de noter que le taux de monomère relargué est maximal dans les 24 heures suivant la polymérisation [33].

•LES BRUITS

Les bruits des dents qui s'entrechoquent sont souvent attribués aux dents en porcelaine. Cependant, ces manifestations découlent d'un espace libre réduit, d'une instabilité d'une ou des prothèses, d'une importante erreur de relation intermaxillaire.

d. Doléances subjectives

Elles peuvent être d'origine réflexe et fonctionnelle.

e. Doléances d'origine réflexe

Elles peuvent se manifester sous l'une des formes suivantes : les nausées secondaires, la sécheresse buccale, la sensation de brûlure et la perte du goût.

•LES NAUSEES SECONDAIRES

Les causes principales des doléances liées à la prothèse maxillaire incluent la mobilité excessive de celle-ci, une mauvaise localisation de sa limite postérieure, une épaisseur excessive de son tiers postérieur, une dimension verticale sous-évaluée et une arcade mandibulaire rétrécie [29].

- **Mobilité excessive** : Elle provoque des contacts intermittents avec des zones réflexogènes, notamment le tiers postérieur de la langue et le voile du palais, ce qui peut déclencher des nausées.

- **Mauvaise localisation de la limite postérieure** : Si celle-ci est trop antérieure, elle ne contribue pas à la rétention ; si elle est trop postérieure, elle entraîne des contacts alternés entre le bord postérieur de la prothèse et le voile du palais pendant la phonation, ce qui peut également stimuler le réflexe nauséux.

- **Épaisseur excessive de la base maxillaire** : Cette condition, en interférant avec le tiers postérieur de la langue, peut provoquer des réactions similaires.

- **Dimension verticale sous-évaluée** : Cela entraîne un contact excessif entre la face dorsale de la langue et la région postérieure de la prothèse à chaque déglutition.

- **Arcade inférieure trop étroite** : Cela oblige la langue à se positionner anormalement haute, entraînant des contacts répétés entre le tiers de la langue et la prothèse.

LA SECHERESSE BUCCALE ET LA SENSATION DE BRULURE

Ces deux symptômes apparaissent souvent simultanément [29]. Parmi les douleurs buccales observées, une symptomatologie de brûlure buccale est rapportée par plus de 10 % des patients portant des prothèses complètes amovibles. Cette doléance est fréquemment associée à une insatisfaction quant à la qualité des prothèses, ainsi qu'à des difficultés lors de la mastication et de la phonation. Il est essentiel d'établir un diagnostic différentiel, en distinguant entre une réaction d'hypersensibilité, une infection (comme la candidose), une sécheresse buccale ou un véritable syndrome de brûlures buccales. Ce dernier se caractérise par l'absence de signes cliniques visibles, malgré des douleurs permanentes ou intermittentes au niveau de la langue, de la muqueuse des lèvres ou de la partie antérieure du palais dur. Les symptômes douloureux peuvent s'accompagner de sensations subjectives telles que la xérostomie, la dysphagie, la dysgénésie, une perception de goût métallique, ou encore de l'halitose [33].

Les causes peuvent être à la fois locales et générales. Parmi les causes locales, on trouve des dysharmonies occlusales, qu'elles soient localisées ou généralisées, ainsi que des zones incompressibles insuffisamment déchargées. Les causes générales peuvent inclure des facteurs liés à l'âge, au diabète, à des carences en vitamines du complexe B ou à la ménopause [29].

LA PERTE DU SENS DU GOUT

Elle se manifeste par la doléance suivante : « ma nourriture n'a plus aucun goût ». Il est donc important de déterminer la part de responsabilité de la prothèse récemment insérée par rapport à l'état physique ou psychique du patient.

L'insertion d'une prothèse complète maxillaire ou d'une prothèse amovible partielle maxillaire (PAPM) à plaque platine large ne recouvre pas les bourgeons du goût, qui sont principalement localisés sur la langue, et non sur le palais dur. Seule une très faible densité de bourgeons du goût se trouve au niveau du voile du palais. Les doléances des patients concernant le goût sont souvent liées à une modification des perceptions somesthésiques, principalement induite par le recouvrement de la voûte palatine. Cela entraîne une réduction de la perception de la texture des aliments et une diminution significative des informations thermiques, en raison du caractère « isolant » de la base prothétique en résine ou de la plaque métallique par rapport à la muqueuse buccale [33].

f. Doléances d'origine fonctionnelle

Elles doivent requérir toute l'attention compte tenu de leur impact sur la satisfaction des patients. Il importera de toujours leur trouver une solution sous peine de voir décroître et même disparaître la confiance et l'estime que le patient témoigne au dentiste.

LA MASTICATION

L'efficacité masticatoire d'un patient édenté est toujours réduite. Des équilibrations un peu trop poussées finissent par effacer les reliefs cuspidiens des dents prothétiques. Cependant, le relief cuspidien a peu d'incidence sur l'efficacité masticatoire. Il participe certes à la dilacération et au déchirement des aliments, mais un montage correct, stabilisant les bases sur leurs surfaces d'appui est plus important pour assurer l'efficacité des prothèses pendant la mastication [34].

LES POINTS DOULOUREUX

Ces irrégularités se manifestent souvent sous forme de rugosités ou de bulles, pouvant entraîner des ulcérations ou des rougeurs, voire être imperceptibles à l'œil nu. Elles peuvent se localiser soit à la périphérie, notamment au niveau des freins ou des insertions musculaires, soit sous l'intrados des prothèses. À la périphérie, elles se trouvent fréquemment dans des zones comme les freins. Sous l'intrados, leur emplacement varie. Au maxillaire, les points douloureux sont souvent situés dans les régions paratubérositaire ou rétrotubérositaire, surtout lorsque les tubérosités sont saillantes et présentent des contre-dépouilles. De plus, elles peuvent se situer au niveau de zones incompressibles telles que la suture intermaxillaire ou le torus palatin. Concernant l'arcade mandibulaire, les points douloureux y sont les plus fréquents et les moins bien tolérés, se manifestant souvent au niveau de l'arc palatoglosse, qui interfère généralement avec le bord postérieur de la prothèse inférieure [29].

LA PHONATION

Si, après quelques jours, les troubles de phonation persistent, une réponse s'impose. L'étiologie résulte soit de l'absence d'appui entre la langue et les surfaces palatines ou dentaires, soit d'un

volume prothétique trop important réduisant l'espace lingual. Les causes sont souvent une morphologie erronée de la voute palatine, une position des dents et la forme de leurs faces linguales qui n'offrent pas de bons points d'appui à la langue.

g. Doléances à long terme

Les doléances d'apparition différée ou progressive représentent un véritable défi, car elles se manifestent souvent lorsque le patient commence à s'habituer à ses prothèses. Ces plaintes émergent après la disparition des doléances initiales les plus visibles. Un an après l'insertion prothétique, les patients rapportent fréquemment des sensations de gêne et l'apparition de zones douloureuses sur les tissus de soutien.

Ces doléances reflètent la dégradation des qualités biomécaniques des prothèses et les impacts des paramètres locaux à moyen et long terme. Au cours des premières semaines et de la première année, les paramètres occlusaux peuvent évoluer, notamment avec les prothèses à dents en résine acrylique. Cela entraîne des contraintes accrues sur les tissus de soutien, susceptibles de provoquer des lésions à moyen terme et des phénomènes de résorption à long terme. De plus, un mauvais entretien des prothèses peut favoriser la colonisation microbienne, tant bactérienne que mycosique, des bases prothétiques et des surfaces muqueuses, menant à des stomatites. Les lésions muqueuses sous-prothétiques, telles que stomatites ou hyperplasies, sont souvent liées à un manque d'informations et de conseils sur l'entretien des prothèses et des tissus buccaux [33].

✓ Définition

La satisfaction se définit comme un sentiment plus profond et durable que le simple contentement, qui est souvent temporaire. Elle se distingue clairement des états de frustration, où le désir ou le besoin génère une tension psychologique. La satisfaction, quant à elle, marque la fin de ce manque, apportant une dissipation du déplaisir.

De plus, elle ne doit pas être confondue avec le plaisir, qui est une sensation agréable mais éphémère. Le plaisir peut être physique, culturel, social ou spirituel, mais il reste lié à des impressions temporaires. En revanche, la satisfaction va au-delà de ces sensations, se manifestant lorsque le désir est pleinement comblé. Comme le disait Léo Ferré, il existe un paradoxe entre le mal et le bien dans cette quête de satisfaction, où la douleur du désir peut parfois mener à un bien-être renouvelé.

✓ Le concept de la satisfaction

La satisfaction du patient est un élément clé dans l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS. Elle est définie comme une démarche visant à garantir des actes diagnostiques et thérapeutiques qui assurent le meilleur résultat en termes de santé, tout en prenant en compte le

coût, le risque iatrogène et la satisfaction du patient sur les procédures et les interactions humaines.

Cependant, le concept de satisfaction est souvent flou et rarement défini de manière précise. La littérature souligne que la satisfaction est à la fois cognitive, en lien avec la connaissance, et affective, se rapportant aux réactions personnelles face aux soins reçus. Elle reste subjective et qualitative, nécessitant un contexte spécifique pour être correctement appréhendée.

Selon la théorie des attentes, la satisfaction résulte de la différence entre ce que le patient attend et ce qu'il perçoit. Pour améliorer la satisfaction, il est crucial de comprendre ces attentes, qui varient en fonction de nombreux facteurs, y compris la nature des pathologies et des caractéristiques socioculturelles des patients. Steudler distingue trois types d'attentes :

1. Attentes technico-médicales : liées aux besoins organiques primaires et à la recherche de sécurité. Les patients attendent un soulagement de leurs troubles et une restauration de leur santé.

2. Attentes psychiques et sociales: en rapport avec les interactions sociales et le soutien émotionnel dans un environnement souvent perturbant.

3. Attentes matérielles et intellectuelles : reflétant le désir de maintenir une estime de soi malgré la maladie, sans se sentir dévalorisé.

Comprendre et adresser ces attentes est essentiel pour optimiser la satisfaction des patients et, par conséquent, la qualité des soins fournis.

✓ **Les différents types de satisfaction**

Un des problèmes rencontrés lors de recherches cliniques et épidémiologiques ayant pour but d'évaluer les prothèses est la difficulté d'établir des critères fiables permettant de juger de l'état de la prothèse. Les critères importants à évaluer sont la rétention, la stabilité, l'occlusion des prothèses et l'adaptation de la base prothétique. Sur la base de ces quatre critères, la qualité des prothèses peut être classifiée comme suit [3] :

- Groupe I= satisfaction selon les 4 critères.
- Groupe II= satisfaction pour 2 ou 3 critères.
- Groupe III= satisfaction pour au maximum 1 critère.

✓ **La satisfaction des patients porteurs de prothèse**

En prothèse amovible complète, la satisfaction du patient est un indicateur essentiel de la réussite thérapeutique. Elle est étroitement liée à la qualité de vie, notamment en ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Pour évaluer cette satisfaction, des questionnaires sont souvent utilisés, dont la validation méthodologique repose sur des techniques d'enquête et d'analyse statistique adaptées. Des études montrent qu'il existe une faible corrélation entre l'évaluation de la qualité

de la prothèse par le praticien et la satisfaction du patient. De même, les conditions anatomiques ne sont pas toujours déterminantes pour le niveau de satisfaction ressenti. Cela souligne l'importance de considérer les expériences subjectives des patients, qui peuvent différer des perceptions objectives du praticien. Ainsi, pour améliorer la satisfaction, il est crucial de prendre en compte les attentes et les ressentis des patients tout au long du processus de traitement.

METHODOLOGIE

III. Méthodologie :

1. Lieu et cadre d'étude

L'étude a été réalisée au service de prothèse amovible du Centre National d'Odontostomatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU-CNOS) de Bamako. Le CHU-CNOS est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve du Niger, rue Raymond Poincaré, porte N°870. Centre de référence nationale, il a ouvert ses portes le 10 février 1986. Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.). Par la loi n°92-026/AN-RM du 5 Octobre 1992, le CNOS est devenu Établissement hospitalier public (EHP) par la loi n°03-23/AN-RM du 14-07-03. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire. Il assure les missions 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 de santé en matière de santé bucco-dentaire ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé du CHU-CNOS Pr Hamady Traoré de Bamako

2. Type d'étude et période d'étude :

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur une période de 6 mois allant du mois de juillet à décembre 2023. Elle a concerné les patients porteurs de prothèse amovibles consultés au service de prothèse amovible du CHU-CNOS.

3. Population d'étude :

La population d'étude a été constitué par les patients porteurs ou ayant une de prothèse amovible reçus dans le service de prothèse amovible du CHU-CNOS

3.1. Critères de sélection

a. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients porteurs de prothèse amovible réhabilités au CHU-CNOS et ayant accepté de répondre à notre questionnaire.

b. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude :

- Les patients n'ayant pas accepté de participer à notre étude et ceux ayant perdu leurs prothèses

c. Échantillonnage

Nous avons procédé à la méthode non probabiliste avec un recrutement exhaustif de tous les patients réhabilités au service de prothèse amovible. La taille de l'échantillon était de 53 patients. Certaines données ont été prises à partir du registre de consultation.

4. Variables de l'étude

- Variables sociodémographiques
 - Le sexe
 - L'âge
 - La profession
 - Le statut matrimonial
 - La résidence
 - Le niveau d'étude
- Satisfaction sur le plan esthétique et fonctionnel
 - rétention de la prothèse
 - fonction de mastication et de phonation
 - type de prothèse
 - localisation de la prothèse
 - état des dents adjacentes
 - expérience préalable
- Satisfaction sur le plan social et psychologique
 - confort, douleur
- Etat de santé et l'état actuel de la cavité buccale
 - bonne santé, diabète, HTA, autres
 - nombre de dents remplacées, type d'édentement
- Habitudes alimentaires
 - Aliments durs, aliments collants, aliments acides, aliments semi durs, café, thé, tabac.
- Satisfaction sur le plan biologique et l'état de la prothèse
 - état de l'os alvéolaire
 - état de la muqueuse de soutien
 - matériaux utilisées
 - salivation
 - Age de la prothèse, nombre de contrôle, période de port de la prothèse, entretien de la prothèse

5. Outils et technique de collecte

Pour la collecte des données nous nous sommes servis d'une fiche d'enquête préalablement conçue qui a fait l'objet d'une interview au patient.

L'enquête par questionnaire et la fiche d'enquête étaient respectivement la techniques et l'outil pour la collecte des données.

6. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 20.0 Microsoft office Excel et World 2016 après leurs dépouillements. Les graphiques ont été faites avec excel.

7. Considération éthique :

L'adhésion à l'étude a été volontaire. Les patients seront informés du but de notre étude afin d'obtenir leur consentement éclairé.

Toute fois nous allons :

- Référer aux services compétents pour les différentes pathologies constatées.
- Enseigner aux patients la bonne technique d'hygiène
- Enseigner aux patients le mode de conservation de la prothèse
- Informer les patients de l'importance de l'utilisation de la brosse à prothèse pour le nettoyage de l'appareil
- Proposer aux patients un traitement prothétique en cas de prothèse défectueuse

8. Retombées scientifiques :

Cette étude a permis d'évaluer le degré de satisfaction des patients réhabilités dans le service de prothèse amovible du CHU-CNOS durant les années 2020-2023.

RESULTATS

IV. Résultats :

1. Caractéristiques sociodémographiques

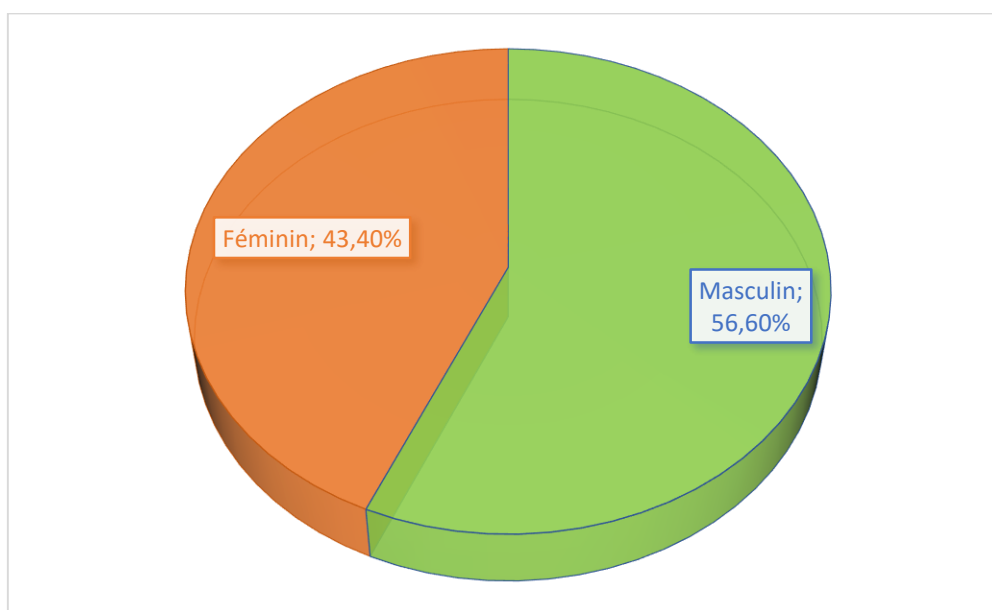


Figure 8: Répartition des patients selon le sexe

Au cours de la période d'enquête 56,6% des patients étaient des hommes. Le sex ratio H/F était de 1,30.

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge des patients

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
[24-33]	6	11,3
[34-43]	9	17,0
[44-53]	8	15,1
>53	30	56,6
Total	53	100,0

La tranche d'âge >53ans a été la plus représentée avec 56,6% des enquêtés. L'âge moyen était 55,15±15,99 ans

Tableau II: Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié(e)	38	71,7
Divorcé(e)	2	3,8
Veuf(ve)	6	11,3
Célibataire	7	13,2
Total	53	100,0

Les mariés ont été les plus représentés avec 71,7% des cas.

Tableau III: Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	43	81,1
Nioro du sahel	6	11,3
France	4	7,6
Total	53	100,0

La majorité des patients soit 81,1 % habitait la ville de Bamako

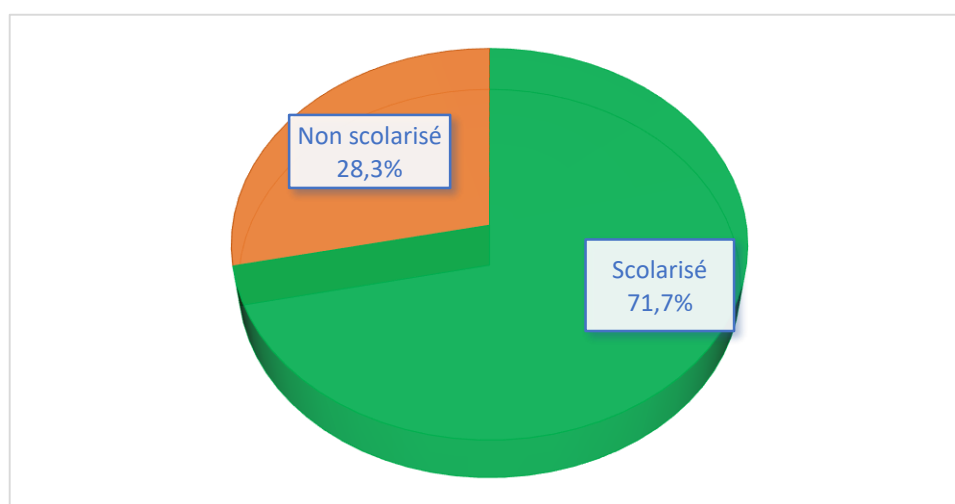


Figure 9: : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation

Les scolarisés ont représenté 71,1% des cas.

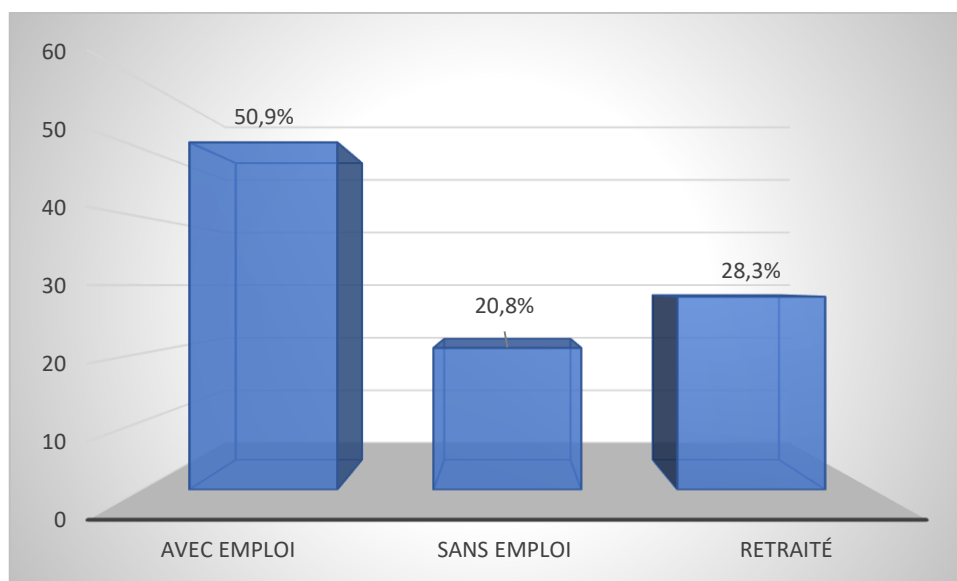


Figure 10: Répartition des patients selon l'activité professionnelle

Dans l'échantillon 50,9% des patients avaient une activité professionnelle.

2. Le plan esthétique et fonctionnel

Tableau IV: Répartition des patients selon le type de prothèse

Type de prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Prothèse amovible complète	27	71,1
Prothèse amovible partielle	11	28,9
Total	38	100,0

Plus de la moitié des patients (71,1%) ont été réhabilités par une prothèse amovible complète.

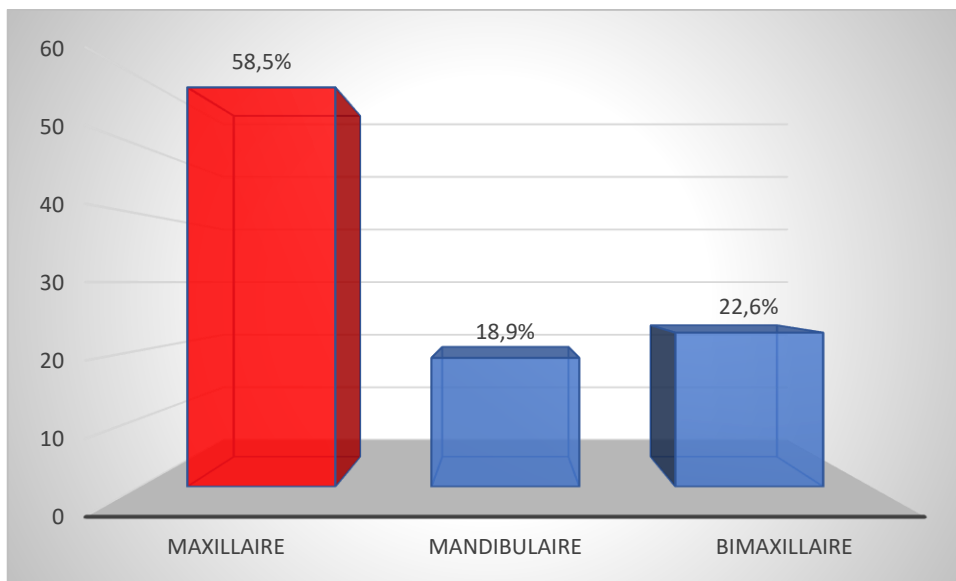


Figure 11: Répartition des prothèses selon de la localisation de la prothèse

La majorité des patients (58,5%) a eu des prothèses situées au maxillaire.

Tableau V: Répartition des patients selon l'expérience de porte antérieur de prothèse

Expérience	Effectif	Pourcentage (%)
Expérience préalable	32	60,4
Première expérience	21	39,6
Total	53	100,0

Environ 60,4% des patients avaient une expérience préalable de port de prothèse.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction de l'état des dents adjacentes

Etat des dents adjacentes	Effectif	Pourcentage (%)
Carieuse	19	35,8
Abrasées	13	24,5
Mobiles	2	3,8
Aucun	16	30,2
Saine	3	5,7
Total	53	100,0

Les dents adjacentes étaient cariées chez 35,8 % des patients

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité de rétention de la prothèse

Rétention de la prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	45	84,9
Mauvaise	8	15,1
Total	53	100,0

La majorité des patients a eu une bonne rétention de prothèse soit 84,9%.

Bonne : la prothèse est stable lors de la mastication

Mauvaise : la prothèse se déplace lors de la mastication

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du niveau de satisfaction de la stabilité des prothèses

Stabilité des prothèses	Effectif	Pourcentage (%)
Satisfaisante	43	81,1
Non satisfaisante	10	18,9
Total	53	100,0

Dans 81,1% des cas les patients ont eu une stabilité satisfaisante pour la prothèse portée.

Satisfaisante : usage normal sans perturbé la fonction

Non satisfaisante : limitation fonctionnel

Tableau IX: Répartition des patients selon du niveau de satisfaction sur le plan l'esthétique et fonctionnel

Plan esthétique et fonctionnel	Effectif	Pourcentage (%)
<i>Esthétique de la Prothèse (n=53)</i>		
Très insatisfait	1	1,9
Insatisfait	2	3,8
Neutre	1	1,9
Satisfait	32	60,4
Très satisfait	17	32,1
<i>Phonation(n=53)</i>		
Très insatisfait	1	1,9
Insatisfait	7	13,2
Neutre	1	1,9
Satisfait	31	58,5
Très satisfait	13	24,5
<i>Mastication(n=53)</i>		
Très insatisfait	1	1,9
Insatisfait	10	18,9
Satisfait	28	52,8
Très satisfait	14	26,4
Très insatisfait	1	1,9

Parmi les patients enquêtés, 60,4% ont été satisfaits de l'esthétique de la prothèse, 58,5% étaient satisfaits de la phonation après le port de la prothèse, et 52,8% étaient satisfaits de la mastication.

Très insatisfait : inconfort, instable, impact psychologique et social.

Insatisfait : inconfort occasionnel

Neutre : confort acceptable, adaptation en cours

Satisfait : confort optimal, fonctionnalité complète

Très satisfait : confort exceptionnel, esthétique parfaite

3. Sur le plan Psycho-social

Tableau X: Répartition des patients en fonctions du niveau de satisfaction sur le plan social et psychologique du port de la prothèse

Plan social et Psychologique	Effectif	Pourcentage (%)
Confort des patients(n=53)		
Insatisfait	10	18,9
Satisfait	28	52,8
Très satisfait	15	28,3
Douleur (n=53)		
Oui	3	5,7
Non	50	94,3

Sur le plan Social et psychologique, 52,8% des enquêtés ont eu une bonne satisfaction du confort qu'offre la prothèse. La quasi-totalité des patients n'ont pas présenté de douleur pendant le port de leur prothèse soit 94,3%.

4. Etat de santé

Tableau XI: Répartition des patients en fonction de leur état de santé

Etat de santé général	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne Santé	31	58,5
Diabète	5	9,4
HTA	15	28,3
Autres*	2	3,8
Total	53	100,0

Au cours de cette étude, 58,5% des patients avaient un bon état de santé général.

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du nombre de dents ayant été remplacées

Nombre de dents remplacées	Effectif	Pourcentage (%)
1-4	22	41,5
5-8	12	22,6
9-12	8	15,1
Toutes les dents	11	20,8
Total	53	100,0

Le nombre de dents remplacées 1-4 a été le plus représenté avec 41,5%.

Tableau XIII: Répartition en fonction du type d'édentement

Type d'édentement	Effectif	Pourcentage (%)
Classe I	5	9,4
Classe II	1	1,9
Classe III	23	43,4
Classe IV	11	20,8
Aucune dents	13	24,5

Le type d'édentement le plus représenté a été celui de la Classe III avec 23% des cas.

5. L'état actuel de la cavité buccale

Tableau XIV: Répartition en fonction du nombre d'année d'utilisation de la prothèse.

Nombre d'année d'utilisation de la prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 2 ans	20	37,7
Plus de 2 ans	33	62,3
Total	53	100,0

Environ 62,3% utilisait leur prothèse depuis plus de 2 ans.

Tableau XV: Répartition en fonction du nombre de séance de contrôle de la prothèse

Nombre séance de contrôle depuis la pose de la prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune Séance	25	47,2
1 à 3 séances	24	45,3
4 séances et plus	4	7,5
Total	53	100,0

Environ 47,2% des patients n'ont jamais suivis de séance de contrôle de prothèse.

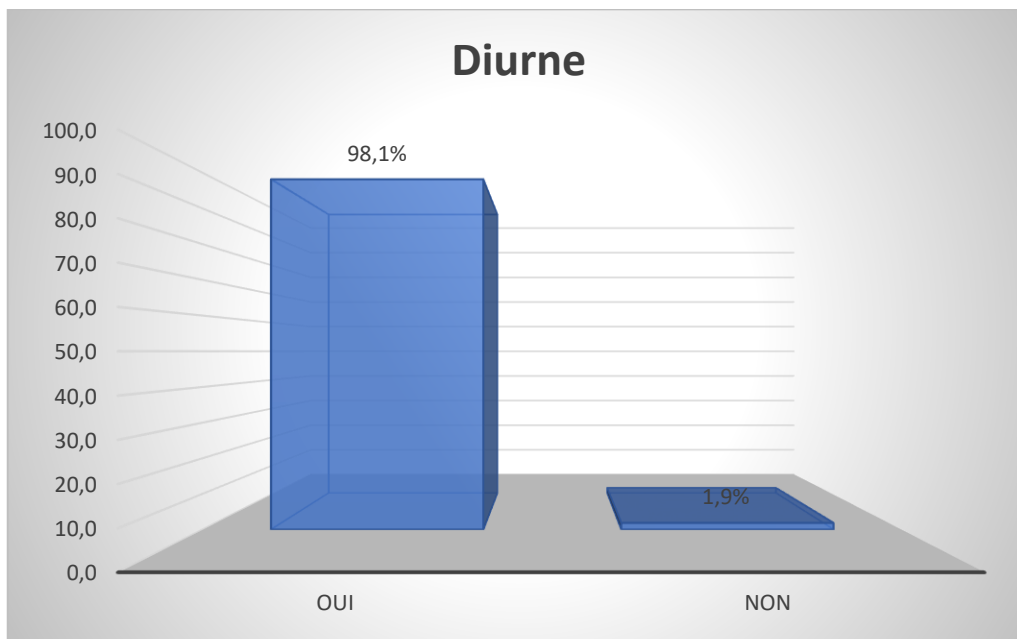


Figure 12: Répartition des patients selon la période diurne du port de la prothèse

La quasi-totalité des patients soit 98,1% des patients portaient leur prothèse pendant la journée.

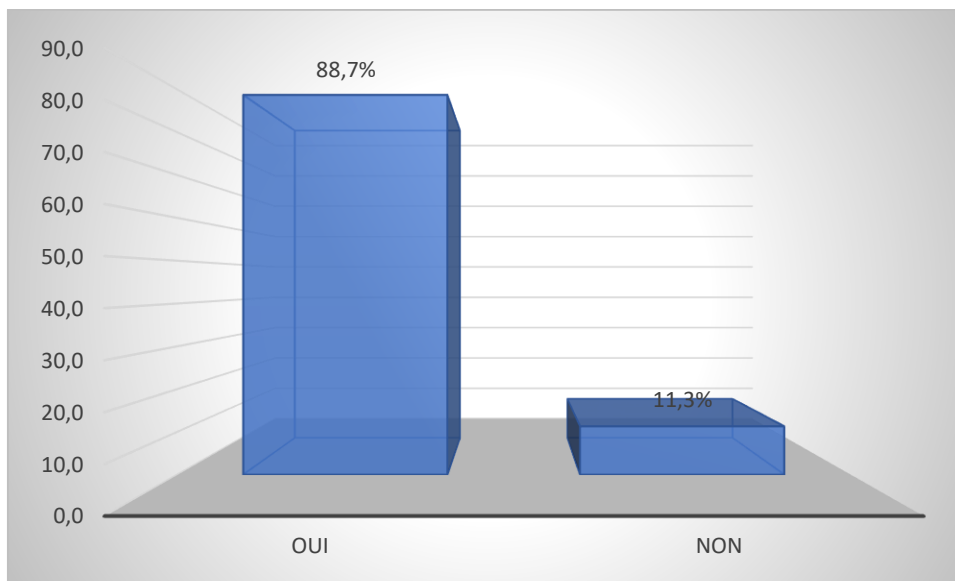


Figure 13: Répartition des patients selon la période du port de la prothèse

Environ 88,7% des patients portaient leur prothèse la nuit et pendant le repas.

Tableau XVI: Répartition en fonction du nombre d'entretien par jour

Nombre d'entretien	Effectif	Pourcentage (%)
Une fois	33	62,3
Deux fois	13	24,5
Trois fois	3	5,7
Quatre fois	3	5,7
Sept fois	1	1,8
Total	53	100,0

Nous observons que 62,3% des porteurs de prothèse ont fait une fois par jour l'entretien de leur prothèse.

Tableau XVII: Répartition en fonction du matériels utilisés pour l'entretien de la prothèse

Matériaux utilisés pour l'entretien	Effectif	Pourcentage (%)
Bain de bouche	2	3,7
Dentifrice	33	62,3
Eau	10	18,9
Savon	8	15,1
Total	53	100,0

Plus de la moitié des patients enquêtés soit 62,3% ont utilisé du dentifrice pour le nettoyage de la prothèse.

Tableau XVIII: Répartition selon l'aspect des dents de la prothèse

Aspect des dents de la prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Dents intactes	41	77,3
Dents abrasées	9	17,0
Aucune dents	3	5,7
Total	53	100,0

Au cours de cette étude, 77,4% patients ont présenté une prothèse avec les dents intactes.

Tableau XIX: Répartition selon l'aspect de la base de la prothèse

Aspect de la base de la prothèse	Effectif	Pourcentage (%)
Base intacte	38	71,7
Base fracturée	15	28,3
Total	53	100,0

Pendant la période d'étude, 71,7% des patients ont eu la base de leur prothèse intacte

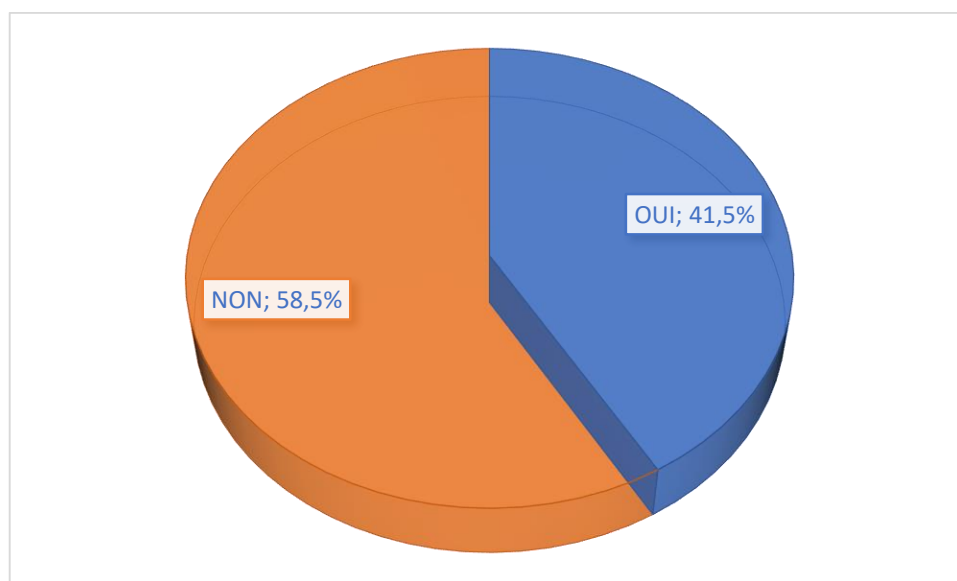


Figure 14: Répartition selon la présence d'occlusion stable

Dans l'échantillon, 58,5% n'avait pas une occlusion stable.

6. Les habitudes alimentaires

Tableau XX: Répartition selon le type d'aliments consommés avec la prothèse

Type d'aliments	Effectif	Pourcentage (%)
Aliments durs (n=53)		
Oui	41	77,4
Non	12	22,6
Total	53	100,0
Aliments collants(n=53)		
Oui	48	90,6
Non	5	9,4
Total	53	100,0
Aliments acide(n=53)		
Oui	47	88,7
Non	6	11,3
Total	53	100,0
Aliments semi-durs (n=53)		
Oui	52	98,1
Non	1	1,9
Total	53	100,0

Selon les habitudes alimentaires, 77,4% patients ont consommé des aliments durs, 90,6% ont consommé des aliments collants, 88,7% ont consommé des aliments acides et 98,1% ont consommé des aliments semi-durs avec leur prothèse.

Tableau XXI: Répartition des patients selon les habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	Effectif	Pourcentage (%)
<i>Café</i>		
Oui	40	75,5
Non	13	24,5
Total	53	100,0
<i>Thé</i>		
Oui	41	77,4
Non	12	22,6
Total	53	100,0
<i>Alcool</i>		
Oui	3	5,7
Non	50	94,3
Total	53	100

Selon les habitudes alimentaires, 75,5% des patients consommaient du café, 77,4% consommaient du thé et 94,3% ne consommaient pas d'alcool.

7. Sur le plan biologique

Tableau XXII: Répartition selon l'état de la muqueuse de soutien de la prothèse

Etat de la muqueuse de soutien	Effectif	Pourcentage (%)
Muqueuse saine	49	92,5
Muqueuse inflammée	4	7,5
Total	53	100,0

La muqueuse a été saine chez 92,5% des patients.

Tableau XXIII: Répartition selon l'état de l'os alvéolaire

Etat de l'os alvéolaire	Effectif	Pourcentage (%)
Résorption osseuse	7	13,2
Os alvéolaire normal	46	86,8
Total	53	100,0

L'os alvéolaire a été normal chez 86,8% des patients.

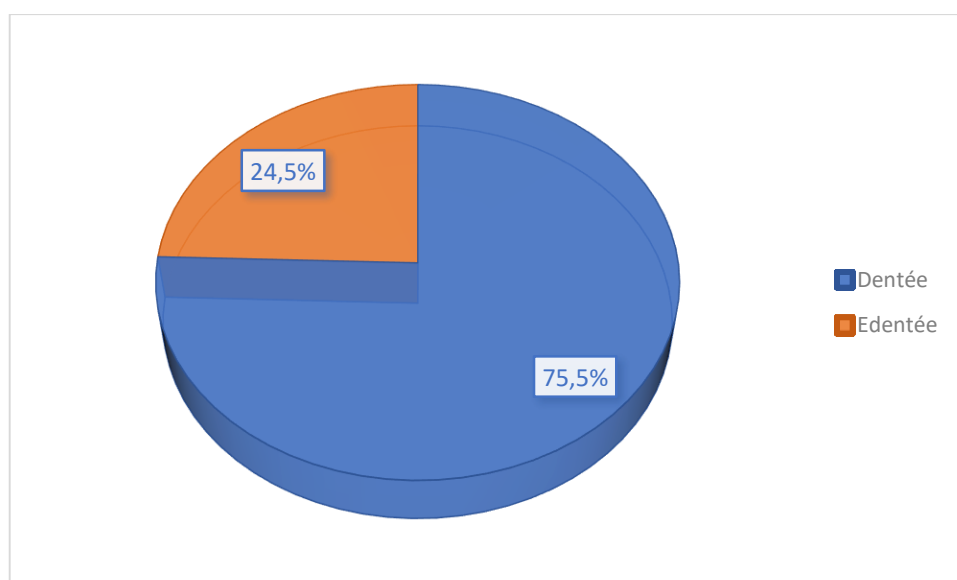


Figure 15: Répartition selon l'état de l'arcade opposé à la prothèse

L'arcade opposé à la prothèse a été dentée chez 75,5% des patients

Tableau XXIV: Répartition selon le type de matériaux utilisés pour la confection de la prothèse

Matériaux de la plaque base	Effectif	Pourcentage (%)
Résine	52	98,1
Métal	1	1,7
Total	53	100,0

La résine était le matériel le plus utilisée pour la confection des prothèses avec 98,1% des cas.

Tableau XXV: Répartition du niveau de satisfaction des patients sur la phonation en fonction du sexe

Niveau de satisfaction phonation	Sexe						p-value
	Masculin		Féminin		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Très satisfait	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Insatisfait	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
Neutre	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Satisfait	21	67,7	10	32,3	31	100,0	0,1
Très satisfait	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Total	30	56,6	23	43,4	53	100,0	

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le niveau de satisfaction de la phonation et le sexe.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

V. Commentaires et discussion

1. Caractéristiques socio-démographiques

➤ Le sexe

Notre étude portait sur 53 patients dont 56,6% d'homme et 43,4% de femme. Ces tendances des cas montrent les tendances démographiques selon laquelle les hommes sont plus porteurs de prothèse dans les études de Diallo et al [35] en 2013 et Nahmdouh et al [36] en 2018 qui avaient respectivement trouvé 80,4% et 54,8%. Ceci pourrait s'expliquer par les **Habitudes de vie et risques accrus** : Les hommes ont tendance à adopter des comportements à risque plus fréquemment que les femmes, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et une alimentation moins équilibrée, qui sont tous des facteurs contribuant à la perte de dents. Aussi les femmes se soucient plus de leur hygiène bucco-dentaire.

➤ L'âge

Au cours de notre étude la moyenne d'âge était de 55,15±16 ans. Les patients âgés étaient les plus représentés à 56,6 %. Le minima était de 24 ans et le maxima était de 87 ans. Ces résultats sont similaires à celui de KAMARA PI et al au Sénégal [37] en 2021 qui avait trouvé que les sujets d'âge comprise entre 50 et 69 ans étaient les plus représentés dans 56,5% dans des cas avec des extrêmes d'âge comprise entre 23 et 86 ans. Plusieurs facteurs peuvent expliquer que les personnes âgées sont plus susceptibles de porter des prothèses dentaires amovibles. La perte de dents est un phénomène courant avec le vieillissement en raison de maladies parodontales, de caries non traitées, et de l'usure naturelle. Les personnes âgées ont souvent perdu un nombre significatif de dents et ont donc besoin de prothèses pour remplacer les dents manquantes. De plus avec l'âge, la capacité de régénération osseuse et tissulaire diminue, ce qui peut limiter les options de traitement dentaire disponibles et rendre les prothèses amovibles plus adaptées.

➤ Niveau d'étude :

La majorité des patients inclus dans notre étude étaient scolarisés, représentant 71,7 % de l'échantillon. Ces résultats sont supérieurs au 35% d'alphabètes de Théra au Mali en 2015 dans son étude [38]. Ce taux élevé contraste nettement avec les tendances observées au sein de la population générale au Mali, où les taux d'analphabétisme sont élevés. Selon les données les plus récentes, 66 % des hommes et 53 % des femmes au Mali sont analphabètes [39]. Cette différence pourrait s'expliquer par la localisation de l'étude, qui a peut-être attiré une population plus instruite, ou par le fait que les individus scolarisés sont plus susceptibles de rechercher des soins médicaux.

2. Le plan esthétique et fonctionnel

➤ Le type de prothèse :

Dans notre étude, 50,6 % des patients étaient porteurs d'une prothèse amovible complète. Ce résultat est cohérent avec les observations rapportées dans d'autres études, où l'on constate que le recours aux prothèses complètes augmente significativement avec l'âge. En effet, plusieurs auteurs ont souligné que la perte totale des dents naturelles est plus fréquente chez les personnes âgées, nécessitant ainsi la pose de prothèses complètes pour restaurer à la fois la fonction masticatoire et l'esthétique buccale.

Une étude menée par Dupont et al. (2016) a également rapporté une prévalence élevée de l'édentation totale chez les personnes âgées, avec 55 % de leur échantillon portant des prothèses complètes, ce qui corrobore nos résultats [40].

➤ Expérience de port de prothèse et nombre d'année :

Dans notre étude, 62,4 % des patients avaient une expérience préalable de port de prothèse dentaire, avec 62,3 % utilisant leur prothèse depuis plus de deux ans. Ce taux élevé peut refléter une familiarité accrue avec les prothèses et une adhésion prolongée, indiquant potentiellement une satisfaction des patients ou un manque d'alternatives disponibles.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Nahmdouh et al. [36] en 2018 (48 %) et de Camara et al [43] en 2022 (38,7 %). Cette divergence pourrait s'expliquer par des différences dans la taille des échantillons, le contexte socio-économique, ou l'accès aux soins dentaires dans les différentes études. Il est possible que notre échantillon bénéficie d'un suivi plus rigoureux ou que la population étudiée ait un besoin plus marqué de prothèses, ce qui pourrait justifier une adoption plus fréquente et un usage prolongé.

3. Etat de santé buccale :

➤ Type d'édentement :

Au cours de notre enquête la majorité des patients était classée au Stade III du type d'édentement soit 43,4%. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés par Camara et al. [39] en 2022 dans le même service d'étude au Mali et Gueye M et al. [40] au Sénégal qui avait trouvé respectivement la Classe I dans 21,2% et 62,2% des cas. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'au maxillaire les patients soient plus orientés sur les réhabilitations uniquement du secteur antérieur à détriment du secteur postérieur

4. Aspect actuel de la prothèse :

Dans notre étude, les dents et la base de la prothèse étaient intactes dans 77,4 % et 71,1 % des cas, respectivement. Ce résultat montre une bonne durabilité des prothèses chez nos patients. Cependant, ces chiffres contrastent avec ceux rapportés par Camara et al. [41] qui ont trouvé une base fracturée dans 66,2 % des cas. Cette divergence pourrait être attribuée à plusieurs facteurs, tels que la qualité des matériaux utilisés, l'entretien des prothèses par les patients, ou encore la durée d'utilisation des prothèses avant l'évaluation. Nos résultats suggèrent que les prothèses utilisées dans notre échantillon étaient peut-être de meilleure qualité ou mieux entretenues, ce qui mérite une investigation plus approfondie.

5. Matériels d'entretien :

Dans notre étude, 62,3 % des patients utilisaient des dentifrices et 100 % une brosse à dents pour l'entretien de leurs prothèses. Ces résultats sont supérieurs aux 47,5 % rapportés par Camara et al. [41] Ces chiffres indiquent que nos patients ont une meilleure adhésion aux pratiques d'entretien, ce qui pourrait être dû à une sensibilisation accrue ou à un meilleur accès aux produits d'entretien. Bien que ces matériaux soient couramment utilisés dans de nombreuses études, il est important de noter que leur efficacité et leur impact sur la durabilité des prothèses peuvent varier. Une évaluation plus approfondie des pratiques d'entretien pourrait fournir des informations précieuses pour optimiser la longévité des prothèses et améliorer la santé bucco-dentaire des patients.

6. Qualité de vie et évaluation du niveau de satisfaction générale des patients

Les patients étaient généralement satisfaits de leur prothèse au cours de notre étude. Ils étaient en majorité (81,1 %) satisfaits de la stabilité de leur prothèse, de sa rétention (84,9 %) et de son confort (52,8 %) ; 94,3 % d'entre eux n'éprouvaient pas de douleur lors du port de la prothèse. La phonation sans gêne (58,5 %) et étaient satisfaits de leur fonction masticatoire (52,8 %) ainsi que de l'esthétique que leur apporte la prothèse (60,4 %).

Ces résultats sont conformes à ceux de Gueye et al. [42] en 2015 qui avait trouvé au cours de son étude que les patients étaient globalement satisfaits de leur prothèse (80,4 %). La majorité d'entre eux (82,4 %) étaient satisfaits de la stabilité de leur prothèse, de sa rétention (78,4 %) et de son confort (86,3 %). De plus, 94,2 % des patients ne ressentaient aucune douleur en portant leur prothèse. Ils pouvaient parler sans gêne (78,4 %) et étaient satisfaits de leur fonction masticatoire (70,7 %) ainsi que de leur sourire (92,2 %). Nos résultats sont similaires à ceux de

Bieme au Mali en 2015 chez qui les 91,4% des cas étaient satisfaits de leur prothèse après leur réhabilitation [43].

Ces résultats peuvent être expliqués par plusieurs facteurs, en comparaison avec d'autres études. Tout d'abord, l'adaptation des prothèses est essentielle. Dans notre étude, des prothèses bien ajustées, assurant une bonne stabilité et rétention, ont été associées à un confort accru pour le patient. Ce constat est similaire à celui de Tubert-Jeannin et al en France [44], qui ont également noté que les prothèses bien ajustées augmentaient le confort et réduisaient les complications liées au port de la prothèse.

En ce qui concerne l'absence de douleur, 94,3 % des patients dans notre étude ne ressentaient aucune douleur, ce qui est supérieur aux 82 % rapportés par Koulibaly et al. en Côte d'Ivoire [45]. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure adaptation initiale des prothèses ou un suivi post-implantation plus rigoureux dans notre échantillon.

Le confort général, bien que noté à 52,8 % dans notre étude, est inférieur aux 86,3 % rapportés par Gueye et al. au Sénégal[42]. Cette différence pourrait s'expliquer par des variations dans la qualité des matériaux ou des techniques de fabrication des prothèses entre les deux études, ou encore par des attentes différentes des patients.

En termes d'esthétique, 60,4 % des patients dans notre étude étaient satisfaits, ce qui est comparable aux 62 % observés par Ndiaye et al.[46] au Sénégal. Cette similitude suggère que l'apparence des prothèses joue un rôle important dans l'acceptation sociale et la confiance en soi, quel que soit le contexte de l'étude.

Pour ce qui est de la fonctionnalité, la capacité à mastiquer correctement était satisfaisante chez 52,8 % des patients dans notre étude. De même, la capacité à parler sans gêne a été notée chez 58,5 % des patients, un résultat similaire aux 57 % trouvés par Diallo et al. en Guinée [47]. Ces résultats suggèrent que les aspects fonctionnels des prothèses restent un défi pour une part significative des patients.

Enfin, les soins et le suivi post-implantation, ainsi que l'éducation des patients, semblent avoir joué un rôle crucial. Les patients bien informés et bénéficiant d'un suivi régulier montrent une satisfaction accrue.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et recommandation

Cette étude sur la satisfaction des patients portant des prothèses amovibles au CHU-CNOS de Bamako révèle des résultats globalement positifs. Sur le plan fonctionnel et sur la rétention de la prothèse, la majorité des patients étaient satisfaits.

En somme, notre étude démontre un taux élevé de satisfaction sur les plans fonctionnel, esthétique et social, ce qui souligne l'efficacité des réhabilitations prothétiques réalisées dans ce centre. Cependant, des efforts continus sont nécessaires pour améliorer encore davantage la satisfaction des patients, notamment sur les aspects esthétiques.

➤ **Recommandation**

Au terme de notre étude nous recommandons

- ✓ **Au Ministère de la Santé**
 - Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur l'importance de la réhabilitation par prothèses, afin de mieux informer le public et les professionnels de santé ;
 - Renforcer les compétences et les ressources des structures de prise en charge prothétique, en mettant en place des formations continues et en améliorant les processus de gestion et de suivi des patients.
- ✓ **Aux patients**
 - Être attentif lors de la réalisation et la livraison de la PAP ;
 - Respecter les consignes données par le chirurgien-dentiste lors de livraison de la prothèse ;
 - Eviter les confectionneurs de prothèse ambulants et faire leurs prothèses dans des structures certifiées aux mains de professionnels reconnus ;
 - Effectuer des visites de contrôle régulier au cabinet dentaire ;
- ✓ **Aux chirurgiens-dentistes/aux personnels socio-sanitaire**
 - Bien informer le patient sur le caractère transitoire des PAP en résine et donc leurs faibles résistances dans le temps ;
 - Faire une concordance entre les attentes du patient et ses besoins ;
 - Sensibiliser la population sur l'importance des réhabilitations prothétique ;
 - Être plus soigneux lors de la réalisation des PAP et respecter toutes les étapes de conception et assurer une finition optimale des prothèses renforcer la capacité des structures de prise en charge prothétique ;

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Référence

- 1- **BATAREC E, BUCH D**, Abrégé de prothèse adjointe partielle. Paris Ed mass 1989 ; 194p.
- 2- **KA K**. Evaluation des besoins en prothèse dentaire dans la commune de Dakar. Thèse Chir, Dent, Dakar ,2002n°17.
- 3- **BUDTZ JE, CLAVEL R**. La prothèse totale. Théorie, pratique et aspects médicaux. Paris Ed Masson 1995 ; 142p
- 4- **HUE O, BERTERETCHE MV**. Prothèse complète. Réalité clinique, solutions thérapeutiques, Paris, Quintes. Item 2004 ; 292p.
- 5- **DIENG L. SECK MT, DANKOKO BS, TOURE SN, NDIAYE C, MBODJ EB, KA K**. Evaluation du port de prothèse dentaire dans la population adulte de Dakar. Rev col Odontol-Stomatol Afr Chir maxillo-fac 2007 ; 14(3) :18-22
- 6- **NICOLAS E, VEYRUNE JL, LASSAUZAY C**. Evolution de la qualité de vie orale des porteurs de prothèse complète utilisant un adhésif prothétique. Cah proth2010 ; 149 :55-62.
- 7- **BAH MS**. Contribution à l'étude des doléances des patients en prothèse adjointe totale. Thèse chir dent, Dakar, 2010 n°42.
- 8- **POUYSEGGUR V, DURELLE S, HEBERT D**. Objectiver et prévenir les doléances en prothèse amovible complète : l'échelle d'adaptation. Stratégie prothétique 2008 ; 8(4) :295-300.
- 9- **MULLER F, HASSZ-SANDER I**. Experimental studies of adaptation to complete denture related to ageing. Gerodontology 1993 ; 10 :23-27.
- 10- **MEEWISSEN J, VAN WAAS MAJ, MEEWISSEN R, KAYSER AF, VAN'T HOF MA, KALK W**. J oral rehabil 1995; 22 :397-401.
- 11- **BATARECE., BUCH D**. Abrégé de prothèse adjointe partielle. Paris, Masson éd., 1989
- 12- **Ntème FC**. Analyse des facteurs d'échecs en PAP en résine dans deux structures dentaires de la ville de Yaoundé. Thèse de doctorat 2014.
- 13- **DAVENPORT J.C., BASKER R.M., HEATH J.R., RALPH J.P.** Atlas de prothèse adjointe partielle. Paris : Édition CdP, 1990
- 14- **Yameogo, A. R., Millogo, G. R. C., Palm, A. F., Bamouni, J., Mandi, G. D., Kologo, J. K., & Zabsonre, P.**, Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo , Pan Afr. Med. J., n°28, 2017
- 15- **SENGHOR L**. habitudes alimentaires, de vie, d'hygiène et de santé bucco-dentaire chez les populations du Ferdo (Sénégal) Thèse chir Dent ; Dakar, 2011, n°22

- 16- **BUDIN P.** dictionnaire odontostomatologie .Ed Genève 1970 ; 132p.
- 17- Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Orti V, Gibert P. Examen clinique des parodontites. EMC - Odontologie. 1 juin 2005;1(2):181-91.
- 18- **BAH MS.** Contribution à l'étude des doléances des patients en prothèse adjointe totale. thèse chir dent, Dakar, 2010 n°42.
- 19- **FRANK KP, MILGROM P, LEROUX BG, HAWKINS NR.** Treatment outcomes with mandibular removable partial dentures : a population-based study of patient satisfaction. J Prosthodont 1998 ; 80 :36-45.
- 20- Reddy LV, Bhattacharjee R, Misch E, Sokoya M, Ducic Y. Dental Injuries and Management. Facial Plast Surg. déc 2019;35(6):607-13.
- 21- **LE JOYEUX J.** prothèse complète, Tome I. examen clinique , traitement pré prothétique, matériaux et technique d' empreintes, Paris,3ème Ed Maloine, 1979 ;577p.
- 22- **ARCHIEN C, BEGIN M, THEPIN JC, UNGER F.** dictionnaire de prothèse odontologique. paris, éditions SNMPD, 2004, 94p.
- 23- **THIOUNE N.** esthétique en prothèse conjointe ; évaluation de l'attente d'une population urbaine sénégalaise. Thés Chir Dent, Dakar, 2005, n°03.
- 24- Budtz JE, Clavel R. La prothèse totale. Théorie, pratique et aspects médicaux. Paris: Masson; 1995. 142 p.
- 25- Hue O, Berteretche MV. Prothèse complète. Réalité clinique, solutions thérapeutiques. Paris: Quintes. Item; 2004. 292 p.
- 26- **BEGIN M, FOUILLOX L.** la prothèse partielle amovible. Conception et tracé des châssis. paris, quintes item 2004, 134p.
- 27- Koulibaly K, et al. Analyse des facteurs influençant le confort des prothèses en Côte d'Ivoire. Afr J Oral Health. 2019;12(3):225-231.
- 28- **TADDEI C, GABEL RW, ARCHIEN C, LOUIS JP.** prothèse amovible : physiologie de l'édenté total. EMC, Odontol ; paris 2008 ; 23-325-A-20.
- 29- **LE JOYEUX J.** prothèse complète. diagnostic et traitement, Paris, Ed Maloine, 1967 ; 512p.
- 30- **AMANI S.R, BAMABA A, N' DINDIN A. C, N'GUESSAN K.S, ASSI K.D.** les doléances objectives immédiates en prothèse adjointe totale. Rev col odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, 2006 ; 13(3) :51-56.
- 31- **HUE O, BERTERETCHE MV.** Extradados prothétiques en prothèse adjointe totale : rôle et réalisation clinique. Actual Odontol Stomatol 1992 ; 177(6) :179-200.

- 32- **BEGIN M, MOLLOT P.** douleurs et blessures en prothèse amovible. Act odonto-Stomatol : 1995 ; 192,581-592.
- 33- **BRAUD A. HUE O. BERTERETCHE MV.** Doléances en prothèse complète EMC, Odontol :(paris, Elsevier Masson SAS) ,2007 ; 23-325-G-15.
- 34- **POMPIGNOLI M.** doléance de l'édenté total appareillé. réal. clin ; 1997 ; 8(4) :461-478.
- 35- **Diallo F.** Évaluation de la satisfaction des patients présent en charge dans le service d'odontologie du Centre Médico- Chirurgical des Armées de Bamako (ex IHB). [Internet] [Thesis]. USTTB; 2023 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12163>
- 36- **Nahmdouh M,** Evaluation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients de prothèses amovibles partielles métalliques : Etude pilote auprès des patients réhabilités dans la clinique de prothèse de l'Institut d'Odontologie et de Stomatologie de Dakar [Internet] [Thèse], 2018 [Citéle02/08/2024] Disponible sur : <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2018%5f0367>
- 37- **KAMARA PI, BADJI K, TOURÉ A, SÈYE PA, GUÈYE M, MBODJ EB, NICOLAS E,** Satisfaction et port de prothèse amovible complète : enquête auprès de patients de la clinique de l'institut d'odontologie et de stomatologie de Dakar. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Septembre 2022, Vol 29, N°3, pp.47-51
- 38- **Théra B.** Evaluation des besoins en prothèse dentaire au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie de Bamako: à propos de 400 cas'. [Thèse] 2015 [cité 27 août 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/917>
- 39- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- 40- **Dupont M, Martin X, Lefebvre C, et al.** Étude sur la prévalence de l'édentation totale et l'utilisation des prothèses complètes chez les personnes âgées. Rev Odontol. 2016;34(2):120-130.
- 41- **Camara M.** Etude des facteurs d'échecs en prothèse adjointe partielle au service de prothèse adjointe du CHU-CNOS de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5449>
- 42- **Gueye M , M'Bodj E.B, Dieng L, Diallo A.S. Faye D, Nicolas E,** Évaluation de la satisfaction des patients porteurs de prothèse amovible, - Cahiers de Prothèse n° 172 du 01/12/2015 [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur:

https://www.editionsmdp.fr/revues/les-cahiers-de-prothese/article/n-172/evaluation-de-la-satisfaction-des-patients-porteurs-de-prothese-amovible-CDP_172_P49

- 43- **Bieme N.** Esthétique en prothèse adjointe complète au service de prothèse du CHU-CNOS de Bamako : A propos de 70 cas. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2016 [cité 27 août 2024]. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5247>
- 44- **Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S.** Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 Aug;31(4):275-84.
- 45- **Koulibaly K, et al.** Analyse des facteurs influençant le confort des prothèses en Côte d'Ivoire. *Afr J Oral Health*. 2019;12(3):225-231.
- 46- **Ndiaye A, et al.** Étude comparative de la satisfaction esthétique des prothèses dentaires au Sénégal. *Int J Dent Sci*. 2019;44(4):400-405.
- 47- **Diallo T, et al.** Analyse des aspects fonctionnels des prothèses dentaires en Guinée. *Afr Health Sci*. 2020;18(1):90-95.

ANNEXE

Annexes

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : SIDI YAYA

Section : ODONTO-STOMATOLOGIE

Titre : Satisfaction des patients porteurs de prothèses amovibles, réhabilités au CHU-CNOS Pr Hamady Traoré

BAMAKO, MALI.

Année : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako (Mali) Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et odontostomatologie.

E-mail : Sidiyayadiallo2@gmail.com

Secteur d'intérêt : Odonto-stomatologie, chirurgie dentaire, santé publique

Résumé (français) :

Notre étude avait pour objectif de déterminer le degré de satisfaction des patients réhabilités avec des prothèses amovibles dans le service de prothèse du CHU-CNOS Pr Hamady Traoré à Bamako.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale menée sur six mois, de juillet à décembre 2023, auprès de 53 patients. Nous avons collecté des données socio-démographiques, évalué la satisfaction fonctionnelle, esthétique et psychosociale, et examiné l'état de la cavité buccale des patients. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

Parmi les 53 patients étudiés, 56,6% étaient des hommes et 43,4% des femmes, avec un âge moyen de $55,15 \pm 16$ ans. La majorité des patients (71,7%) étaient mariés et résidaient principalement à Bamako (81,1%). 71,1% étaient scolarisés. Sur le plan fonctionnel, 50,9% des patients avaient une prothèse amovible complète. La plupart des patients (81,1%) étaient satisfaits de la stabilité de leur prothèse, et 84,9% en jugeaient la rétention comme bonne. Sur le plan esthétique, 60,4% des patients se disaient satisfaits de leur prothèse, et sur le plan psychosocial, 52,8% étaient satisfaits du confort. La majorité (94,3%) ne ressentait pas de douleur pendant le port de la prothèse.

L'étude montre un taux de satisfaction globalement élevé, tant sur les aspects fonctionnels qu'esthétiques et psychosociaux. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la satisfaction, en particulier sur le plan esthétique.

Mots clés : édentement total, prothèse amovible, satisfaction des patients, CHU-CNOS Bamako

SIGNAL SHEET:

Name: DIALLO

First Names: SIDI YAYA

E-mail: Sidiyadiallo2@gmail.com

Nationality: MALIAN

University Year: 2023-2024

Filing location: FMOS Library, Bamako, Mali.

Thesis title: Patient Satisfaction with Removable Dentures, Rehabilitated at CHU-CNOS Pr Hamady Traoré

Town of defense: Bamako

Section: ODONTO-STOMATOLOGY

Interest Sectors: Odonto-Stomatology, Dental Surgery

Abstract

Our study aimed to determine the level of satisfaction of patients rehabilitated with removable dentures in the prosthodontics department of CHU-CNOS Pr Hamady Traoré in Bamako.

This was a cross-sectional descriptive study conducted over six months, from July to December 2023, involving 53 patients. We collected socio-demographic data, assessed functional, aesthetic, and psychosocial satisfaction, and examined the patients' oral cavity conditions. The data were analyzed using SPSS software version 20.0.

Among the 53 patients studied, 56.6% were men and 43.4% were women, with an average age of 55.15 ± 16 years. The majority of patients (71.7%) were married and mostly resided in Bamako (81.1%). 71.1% were educated. Functionally, 50.9% of the patients had a complete removable denture. Most patients (81.1%) were satisfied with the stability of their prosthesis, and 84.9% rated its retention as good. Aesthetically, 60.4% of the patients were satisfied with their prosthesis, and psychosocially, 52.8% were satisfied with the comfort. The majority (94.3%) did not experience pain while wearing the prosthesis.

The study shows an overall high satisfaction rate, both in functional, aesthetic, and psychosocial aspects. Further efforts are needed to improve satisfaction, particularly in the aesthetic aspect.

Keywords: complete edentulism, removable prosthesis, patient satisfaction, CHU-CNOS Bamako

FICHE D'ENQUÊTE

Date :

Numéro d'identification :

Caractéristiques socio démographiques

Age (ans) :

Sexe :

Situation matrimoniale :

Marié :

Divorcé :

Veuf :

Célibataire :

Lieu de résidence :

Ville :

Village :

Autre région :

Niveau d'étude :

Scolarise :

non scolarisée :

Activité professionnelle :

Avec :

Sans :

Retraité :

Etat de santé et l'état actuel de la cavité buccal

Bonne santé :

Diabète :

HTA :

Autres :

Nombre de dents remplacées :

1 à 4 dents :

5 à 8 dents :

9 à 12 dents :

Toutes les dents :

Type d'édentement (classification de Kennedy) :

Classe I :

Classe II :

Classe III :

Classe IV :

Autre :

Habitude alimentaire

Aliments durs :

aliments collants :

aliments acides :

semi durs :

Café :

the :

tabac :

Etat de la prothèse

Age de la prothèse :

Moins de 2ans :

plus de 2ans :

Nombre de séance de contrôle depuis la pose de la prothèse :

Aucune séance :

1 à 3 séances :

4 séances et plus :

Période de port de la prothèse :

Diurne :

Nocturne :

Pendant les repas :

Entretien de la prothèse :

Nombre de fois/jour :

matériaux :

type de brosse :

Aspects de la prothèse

Dents intactes : Base intacte : Occlusion stable :
Dents abrasées : Base fracturée : DVO :

Sur le plan esthétique et fonctionnel

Type de prothèse :

Prothèse amovible complète : Prothèse amovible partielle :
Provisoire : Immédiate

Localisation de la prothèse :

Maxillaire : Mandibulaire

Expérience de port d'une prothèse :

Expérience préalable : Première expérience

Etat des dents adjacentes :

Cariées : abrasées mobiles :

Rétention de la prothèse :

Bonne : Mauvaise :

Stabilité de la prothèse :

Satisfaisante : Non satisfaisante :

Esthétique :

Très insatisfait : insatisfait : neutre : satisfait : très satisfait

Fonction de phonation :

Très insatisfait : insatisfait : neutre : satisfait : très satisfait

Fonction de mastication :

Très insatisfait : insatisfait : neutre : satisfait : très satisfait

Sur le plan biologique

Salivation :

Bonne : Faible (sècheresse buccale) :

Etat des muqueuses de soutien :

Muqueuse saine : Muqueuse enflammée : ulcération :

Etat de l'os alvéolaire :

Résorption osseuse : os alvéolaire normale

Caractéristique de l'arcade antagoniste :

Denté :

Edentée :

Matériaux de la plaque base :

Résine : Métal

Matériaux des dents prothétiques :

Résine : Métal coulé

Sur le plan social et psychologique

Confort :

Très insatisfait : insatisfait : neutre : satisfait : très satisfait

Douleur :

Oui : non :

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'honoraires.

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 ne permettrai 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque

Je le jure !!