

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali  
Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE  
(FMOS)

Année Universitaire 2021-2022

N° : .....

**THEME :**

**Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires  
des populations de la Commune I du District de  
Bamako**

**THESE**

Présentée et Soutenue publiquement le 28 /07/2022 à la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie

**Par Mlle Djénébou COULIBALY**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

**JURY :**

**Président :** Pr Boubacar BA

**Membre :** Pr Kassoum KAYENTAO

Dr Aboubacar Sidiki Thissé KANÉ

**Directeur :** Pr Ousseynou DIAWARA

**Co-Directeur :** Dr Baba DIALLO

# **DEDICACES**

## Dédicaces

### **Je dédie ce travail :**

A ma mère Worokiatou FOMBA,

Tes années de souffrances ont été une source de motivation pour moi tout au long de mon cursus, aucune dédicace ne saurait exprimer mes sentiments pour toi, merci d'avoir contribué à façonner la personne que je suis aujourd'hui. Ce travail est le fruit de tes années de sacrifices.

Puisse Allah te donner une longue vie et une santé de fer dans la joie et la prospérité ! Amen.

# REMERCIEMENTS

## Remerciements

Nous rendons grâce à Allah le Tout Puissant, le Très Miséricordieux, qui nous a doté de toutes nos facultés physiques et intellectuelles et qui nous a permis de poursuivre nos études et de mener à bien ce travail.

Louange au Prophète MUHAMMAD (PSL),

A mon père, **Sibiry COULIBALY**

Merci d'avoir été là toute notre enfance, un père est tout, c'est un don du ciel, je sais que de près ou de loin tu veilles sur nous reçoit ici mes sincères remerciements, puisse Allah te donner une longue vie. Amen.

**Au corps professoral** votre rigueur, votre disponibilité, votre dévouement pour le travail bien fait ont fait de nous des intellectuels de ce pays. Recevez nos sincères remerciements.

**A mes frères et sœur, Dr Nouhoum COULIBALY, Mohamed Sibiry COULIBALY, Mohamed A COULIBALY, Bintou Sibiry COULIBALY**

Merci pour votre soutien indéfectible, de chacun de vous j'ai appris, la persévérance, la patience, l'entre-aide, le respect. Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude. Qu'Allah nous donne bonheur, santé, joie et une longue vie pour continuer à honorer nos parents.

**A ma belle-sœur Dr Mantia Sara Nouhoum SANOGO, mon beau-frère Mamadou Mady DEMBELE**, merci pour votre soutien, vos encouragements sans faille, puisse Allah vous donner joie, santé, succès et une longue vie ! Amen

**A Fatoumata Binta SALOU, Sidi Mahamane Youssouf TOURE, Ousmane SOW, Kadidia KEITA**

Vous êtes plus que des camarades vous êtes mes sœurs et frères d'une autre mère et d'un autre père, vous partagez mes soucis, vous m'encouragez c'est l'occasion pour moi de vous témoigner toute ma gratitude. Qu'Allah nous protège et nous aide à atteindre nos objectifs. Amen !

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

Merci pour votre soutien.

**A la 9ème promotion du numerus clausus de la filière Odontostomatologie,**

Une famille de 15 personnes solidaires et extraordinaires, j'ai partagé de merveilleux moments avec vous rien que d'y penser vous me manquez déjà. Retrouvez à travers ce modeste travail mes sincères remerciements.

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

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

A la Présidente Fatoumata Lamarana DIALLO et aux membres du bureau 2020-2021 du Réseau des Etudiants en Sciences Dentaires de l'Afrique de l'Ouest (**RESDAO**) retrouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

**A Samerou DIALLO, Maimouna COULIBALY, Bamama GUINDO, Abdou SOUARE,** Recevez ici mes sincères remerciements pour tout ce que vous aviez fait pour l'aboutissement de ce travail.

A tous ceux qui ont cru en moi. Merci !

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## A notre Maître et Président du jury

### Professeur Boubacar BA

- ❖ Maître de conférences de Chirurgie buccale à la FMOS
- ❖ Spécialiste en chirurgie buccale
- ❖ Diplômé Universitaire en Carcinologie buccale
- ❖ Membre de la Société Française de Chirurgie Orale
- ❖ Coordinateur de la Filière Odontologie de l'INFSS
- ❖ Ancien président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU-CNOS
- ❖ Membre du Comité National de Greffe du MALI
- ❖ Directeur Général du CHU-CNOS
- ❖ Chef de la filière Odontostomatologie à la FMOS de Bamako

### Cher Maître,

C'est un immense honneur et un grand privilège que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations. Nous nous sommes rendu compte durant ce temps de votre sens élevé de responsabilité, de votre rigueur au travail, de votre dévouement, de votre facile accessibilité et surtout de vos qualités humaines qui forcent votre admiration.

Recevez cher Maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et le témoignage de notre reconnaissance.

Puisse Dieu vous donner santé et longue vie !!!



**A notre Maître et Membre du jury**

**Professeur Kassoum KAYENTAO**

- ❖ Maître de recherche en épidémiologie
- ❖ Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse au MRTC
- ❖ Enseignant - Chercheur

**Cher Maître,**

Tout l'honneur est pour nous de vous avoir dans ce jury. Votre modestie, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un Maître admirable.

Retrouver ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'Allah vous bénisse et vous donne longue vie !

## A notre Maître et Membre du jury

### Docteur Aboubacar Sidiki Thissé KANÉ

- ❖ Chirurgien-dentiste Parodontologiste des Armées
- ❖ Doctorat en chirurgie dentaire FMPOS de la Guinée Conakry.
- ❖ Master en sciences odontologiques parcours parodontologie de l'UCAD.
- ❖ Certificat d'Etudes Supérieures en Parodontologie, Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg en France.
- ❖ Doctorant (Phd) en Parodontologie à l'Ecole Doctorale des Sciences et Techniques du Mali.
- ❖ Certifié en Docimologie, Université de Strasbourg en France.
- ❖ Enseignant Vacataire à la FMOS.
- ❖ Chef du Service Odontologie de l'IHB.
- ❖ Agréé en Chirurgie dentaire et parodontologie auprès des cours et tribunaux du Mali.

### Cher Maître,

Toujours accueillant, vous avez guidé nos pas et vous nous avez toujours conseillé. Il nous est difficile d'exprimer ici toute l'estime que nous avons pour vous. Votre courage, Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait font de vous un Maître admiré et admirable.

Que le Tout Puissant vous bénisse et exauce tous vos vœux !!!

## A notre Maître et Co-directeur de thèse

### Docteur Baba DIALLO

- ❖ Enseignant chercheur (chargé de recherche) à la FMOS
- ❖ Chirurgien-dentiste
- ❖ Epidémiologiste diplômé de l'Institut Régional de Santé Publique –IRSP) de Ouidah au Benin et de l'ISFRA
- ❖ Praticien hospitalier au CHU-CNOS
- ❖ Chef du département de santé publique au CHU-CNOS
- ❖ Enseignant vacataire de bio statistique à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)

### Cher Maître,

Nous sommes très honorés par l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Durant ces années passées près de vous nous nous sommes rendu compte de votre sens élevé de responsabilité, de votre rigueur au travail, de votre dévouement, de votre facile d'accès et surtout de vos qualités humaines qui forcent votre admiration.

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

Puisse Dieu vous donner santé et longue vie !!!

## A notre Maître et Directeur de thèse

### Professeur Ousseynou DIAWARA

- ❖ Maître de recherche en Parodontologie
- ❖ Diplômé de la Faculté de Stomatologie de l'Institut d'Etat de Médecine de Krasnodar (ex URSS)
- ❖ Spécialiste en santé publique en odontologie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)
- ❖ Ancien médecin chef adjoint au CSREF de Bafoulabe, Kita
- ❖ Ancien médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de San
- ❖ Représentant du personnel au Conseil d'Administration du CHU-CNOS
- ❖ Chef de service de Parodontologie au CHU-CNOS
- ❖ Chef de département médicotechnique du CHU-CNOS
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Mali

### Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique et vos qualités sociales. Votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie font de vous un modèle. Soyez assuré de notre estime et notre profond respect.

Merci cher Maître !!!

## Sommaire

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>OBJECTIFS :</b> .....	<b>5</b>
1. Objectif Général.....	5
2. Objectifs spécifiques .....	5
<b>II. GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>7</b>
1. Définition des concepts .....	7
➤ Recours, non recours, accessibilité aux soins et santé bucco-dentaire .....	7
1.1. Stratégie OMS de la santé buccodentaire 2016-2025.....	9
1.2. La santé bucco-dentaire au Mali : .....	11
<b>III. METHODOLOGIE :</b> .....	<b>16</b>
1. Type et période d'étude .....	16
2. Lieu et cadre d'étude .....	16
3. Description de la commune I.....	16
4. Population d'étude .....	18
5. Critères d'inclusion .....	18
6. Critères de non inclusion .....	18
7. Echantillonnage.....	18
8. Outil et technique de collecte des données.....	19
9. Les variables .....	19
10. Considérations éthiques.....	20
<b>IV. RESULTATS :</b> .....	<b>22</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>35</b>
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	<b>40</b>
<b>VII. RECOMMANDATIONS :</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>47</b>

### Table des illustrations

Figure 1 : Modèle comportemental de l'accès aux soins de santé [Note : Andersen, 1995] ..... 8

Figure 3 : Répartition des populations en fonction du niveau d'instruction ..... 22

Figure 4 : Répartition des populations en fonction des problèmes buccodentaires dans le passé ..... 23

Figure 5 : Répartition des populations en fonction de l'estimation des frais de consultation ..... 25

Figure 6 : Répartition des populations en fonction de l'appréciation du coût des médicaments prescrits. .... 27

Figure 7 : Répartition des populations en fonction des raisons liées à la distance du cabinet dentaire ..... 28

## Liste des Tableaux

Tableau I : Carte sanitaire théorique de la commune I .....	17
Tableau II: Répartition des populations en fonction de la résidence .....	19
Tableau III : Répartition des populations en fonction du sexe .....	22
Tableau IV : Répartition des populations en fonction des professions .....	22
Tableau V: Répartition des populations en fonction du type de problèmes bucco-dentaires rencontrés dans le passé .	23
Tableau VI : Répartition des populations en fonction de la connaissance des affections buccodentaires .....	23
Tableau VII : Répartition des populations en fonction du type d'affection buccodentaire .....	24
Tableau VIII : Répartition des populations en fonction du recours aux soins bucco-dentaires .....	24
Tableau IX : Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié aux frais de consultation .....	24
Tableau X: Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié au coût des soins.....	25
Tableau XI : Répartition des populations en fonction de l'estimation du coût des soins bucco-dentaires.....	25
Tableau XII : Répartition des populations en fonction de l'appréciation par rapport aux coûts des soins buccodentaires .....	26
Tableau XIII : Répartition des populations en fonction de la possession d'une assurance maladie.....	26
Tableau XIV: Répartition des populations en fonction du type d'assurance maladie .....	26
Tableau XV : Répartition des populations en fonction de la motivation d'une assurance maladie.....	26
Tableau XVI : Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié au coût des médicaments prescrits.....	27
Tableau XVII : Répartition des populations en fonction de la distance du cabinet dentaire.....	27
Tableau XVIII : Répartition des populations en fonction de l'appréciation de la distance du cabinet dentaire .....	28
Tableau XIX: Répartition des populations en fonction de la peur .....	29
Tableau XX: Répartition des populations en fonction du recours au tradithérapeute, et à l'automédication.....	29
Tableau XXI : Répartition de la population en fonction des raisons liées au recours au tradithérapeute, à l'automédication. ....	29
Tableau XXII: Répartition des populations en fonction du revenu mensuel .....	30
Tableau XXIII: Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié aux revenus mensuels.....	30
Tableau XXIV : relation sexe et recours aux soins .....	31
Tableau XXV : Age-gr - Recours aux soins bucco-dentaires .....	31
Tableau XXVI : Résidence et recours aux soins bucco-dentaires.....	31
Tableau XXVII : Profession et recours aux soins bucco-dentaires .....	32
Tableau XXVIII : Niveau d'instruction et recours aux soins bucco-dentaire.....	32
Tableau XXIX : Revenu mensuel et recours aux soins bucco-dentaires .....	33
Tableau XXX : Coût des médicaments et recours aux soins bucco-dentaires .....	33

# **INTRODUCTION**



## I. INTRODUCTION

En droit la notion de « non recours » ou de « non demande », renvoie aux personnes qui ne peuvent pas faire valoir leurs droits en raison de différents obstacles [1]. Selon l'observatoire des non recours aux droits et services (Odenore) « la question du non recours renvoi à toute personne qui ne reçoit pas quelle qu'en soit la raison une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande, et non proposition, les situations de non recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation » [2]. Dans notre contexte le non recours pourrait être défini comme le renoncement aux soins bucco-dentaires ou le refus d'aller consulter un chirurgien-dentiste pour des soins.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé buccodentaire comme l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathies (affection touchant la gencive), de déchaussement et de perte de dents, et d'autres maladies et troubles [3].

Selon les données de l'OMS en 2005 les professionnels qualifiés de la santé bucco-dentaire en Afrique sont peu nombreux. Partant de ce constat il est irréaliste d'envisager de s'appuyer sur des modèles de main d'œuvre exigeant que des professionnels de la santé bucco-dentaire prodiguent des traitements à tous les niveaux y compris dans les établissements de soins de santé primaires. La concentration des spécialistes en milieu urbain et l'insuffisance d'infrastructures fonctionnelles ne favorisent pas l'accès de la population aux soins bucco-dentaires. La répartition inégale des agents de santé bucco-dentaire et le manque d'infrastructures fonctionnelles et adaptées au sein du système de soins de santé primaires limitent l'accès à des services appropriés de soins de santé bucco-dentaire [4].

Azogui-Lévy et al. en 2008 en France se sont intéressés aux inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire à partir de l'enquête décennale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ils ont montré qu'il y a un lien entre l'âge et le recours aux soins bucco-dentaires. Les patients à faible niveau de vie déclarent plus souvent des problèmes dentaires (caries, déchaussements, abcès...) mais recourent moins aux soins bucco-dentaires par rapport aux patients des catégories supérieures pour des raisons financières.

Renata et al. En 2013 aux USA ont réalisé une étude sur l'évaluation des besoins et obstacles du recours aux soins bucco-dentaires. Ils ont constaté que malgré les efforts fournis par l'Etat américain dans le développement de la santé bucco-dentaire au cours de la dernière décennie, des disparités subsistent dans le recours aux soins bucco-dentaires en fonction des groupes de population. Les auteurs ont identifié les

obstacles suivants susceptibles d'influencer le recours aux soins bucco-dentaires: le faible revenu, la peur de la douleur, la mauvaise expérience de la première visite chez le dentiste, l'impatience du personnel de santé et l'utilisation des « remèdes maison » pour soulager la douleur dentaire (placer les sachets de thé et / ou de la glace au niveau de la zone concernée, le massage des gencives, l'application de liqueur, de kérosène, d'alcool et les raclures d'une poêle noir sur la dent ) [5].

Murakami et al. En 2014 au Japon ont mené une étude sur les inégalités liées au revenu dans le recours aux soins bucco-dentaires curatifs et préventifs. Le recours aux soins bucco-dentaires a été mesuré selon la visite du participant chez un dentiste ou chez un hygiéniste dentaire au cours de la dernière année. Les auteurs ont trouvé qu'il y avait un lien significatif entre le revenu du chef de ménage et le recours aux soins bucco-dentaires préventifs chez les hommes. En plus ils ont trouvé un lien entre le niveau d'instruction et le recours aux soins dentaires préventifs chez les femmes [6]

En Afrique la mauvaise santé bucco-dentaire cause des douleurs insupportables à des millions de personnes. Elle accroît la charge financière qui pèse sur la société et affecte considérablement la qualité de vie et le bien-être des individus concernés [7].

Sangaré et al, dans une étude réalisée sur le comportement en santé oral et recours aux soins buccodentaires dans le département de Damou en Côte d'Ivoire sur 927 personnes 301 personnes ont eu recours à un tradipraticien, 310 ont consulté un chirurgien-dentiste, alors que 316 personnes ont renoncé aux soins. Les principales raisons du renoncement aux soins étaient justifié par: le manque de ressources financières (44,3%), l'automédication (35,1%), la non perception de la nécessité des soins (21,2%) et la peur du matériel des chirurgiens-dentistes (10,1%) [8].

Au Mali peu d'études ont été menée sur les raisons du non recours aux soins bucco-dentaires c'est pourquoi nous nous proposons de mener cette étude dans la commune I du district de Bamako.

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS :**

### **1. Objectif Général**

Etudier les raisons du non recours aux soins bucco-dentaires des populations de la commune I du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

- ❖ Identifier les raisons du non recours liées à l'accessibilité géographique.
- ❖ Identifier les raisons du non recours liées au coût des soins et des médicaments
- ❖ Déterminer les raisons du non recours liées au patient.

# GÉNÉRALITÉS

## II. GÉNÉRALITÉS

### 1. DEFINITION DES CONCEPTS

#### ➤ **Recours, non recours, accessibilité aux soins et santé bucco-dentaire**

Le mot recours « du latin recursus, de recurrere, revenir en courant » est défini selon le dictionnaire Larousse 2016 comme l'action de recourir, faire appel à quelqu'un, lui demander son aide, son concours à faire quelque chose [9]. Le recours aux soins dentaires dans cette étude se définit comme le fait d'utiliser la structure dentaire d'un établissement de santé pour bénéficier des soins bucco-dentaires curatifs (soins dentaires conservateurs, extraction dentaire...) ou préventifs. Lorsque la population n'a pas eu recours aux soins bucco-dentaires au début de la maladie, le chirurgien-dentiste n'a souvent d'autre issue que l'avulsion ou l'extraction dentaire.

En droit la notion de « non recours » ou de « non demande », renvoie aux personnes qui ne peuvent pas faire valoir leurs droits en raison de différents obstacles [1]. Selon l'observatoire des non recours aux droits et services (Odenore) « la question du non recours renvoi à toute personne qui ne reçoit pas quelle qu'en soit la raison une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non connaissance, non réception, non demande, et non proposition, les situations de non recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation [2]. Dans notre contexte le non recours pourrait être défini comme le renoncement aux soins bucco-dentaires ou le refus d'aller consulter un chirurgien-dentiste pour des soins.

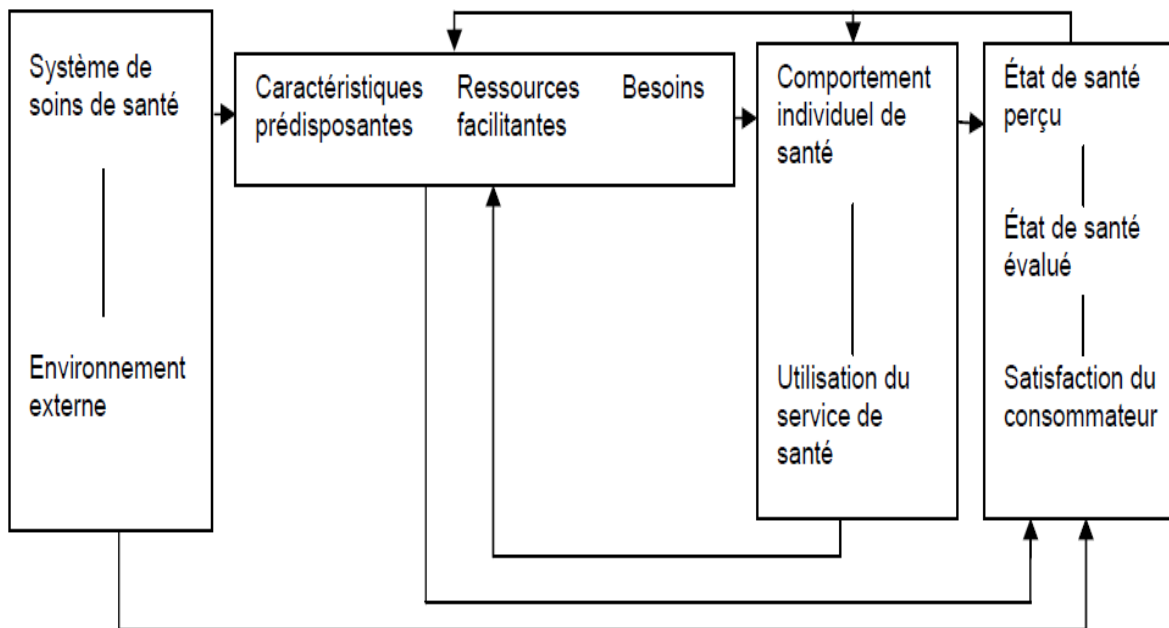
Selon Picheral en 2001 « l'accessibilité aux soins est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions: matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance - temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins, mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs (c'est à dire l'utilisation effective du système).

L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus

grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité).

Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque » [10]. Cette définition met en évidence d'une part la notion de distance entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours. D'autre part l'accessibilité dépendra de la forme économique et technique du service.

Le modèle d'Andersen et Newman fournit un outil d'analyse puissant pour identifier et tester les relations causales entre l'accès et les facteurs individuels et environnementaux. Il permet de différencier l'accès potentiel qui fait plutôt référence à l'offre de services disponibles et l'accès effectif qui fait référence à l'utilisation réelle de ces services (recours). Le modèle comportemental de l'accès aux soins a été proposé par Andersen en 1995 selon la figure ci-dessous :



**Figure 1 : Modèle comportemental de l'accès aux soins de santé [Note : Andersen, 1995]**

Le modèle d'Andersen et Newman en 1995 décrit les facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Selon ce modèle, les facteurs sont groupés en trois catégories: facteurs prédisposant, facteurs de capacité, facteurs déclenchant [11].

- Facteurs prédisposant : caractérisés par :
  - Les variables démographiques : âge, sexe, statut marital, morbidités passées;
  - Les indicateurs de la structure sociale: niveau d'éducation, occupation, milieu culturel, mobilité résidentielle, taille de la famille;

- Les indicateurs de valeurs et croyances: santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact.
- Facteurs de capacité : caractérisés par :
  - Les indicateurs familiaux: assurances, revenu, source régulière de soins, accès aux sources ;
  - Les indicateurs communautaires : densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural versus urbain.
- Facteurs déclenchant : les besoins face à la maladie exprimés par :
  - Le niveau perçu des besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu,
  - Etat général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts.

Parmi ces variables certains traitent directement de la notion d'accessibilité aux ressources en fonction de variables géographiques sur le demandeur ou l'offreur de soins.

En dehors du modèle d'Andersen et de Newman, d'autres auteurs ont expliqué le concept de l'accessibilité aux soins. L'accès aux soins recouvre deux aspects: l'utilisation des services, c'est-à-dire l'accès effectif aux soins, observable à partir des données d'utilisation des services de santé ou des registres (recours), et l'accessibilité potentielle, fondée sur la localisation de la population par rapport à celle de l'offre de soins [12].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé buccodentaire comme l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathies (affection touchant la gencive), de déchaussement et de perte de dents, et d'autres maladies et troubles [13].

## **1.1. Stratégie OMS de la santé buccodentaire 2016-2025**

### **1.1.1. But**

Cette stratégie a été adoptée lors de la soixante–sixième session du comité régional de l'Afrique à Addis Abeba en août 2016. Elle vise à combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les MNT. La présente stratégie a pour but de contribuer à la réduction de la charge des MNT et des facteurs de risque connexes, par la prévention et la maîtrise efficaces des affections bucco-dentaires au sein de toutes les populations de la région africaine et dans le contexte de la couverture sanitaire universelle.



### 1.1.2. Les objectifs de cette stratégie

- Renforcer le plaidoyer, le leadership et les partenariats à l'échelle nationale afin de combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les MNT moyennant une approche multisectorielle ;
- Réduire les facteurs de risque communs, promouvoir la santé bucco-dentaire et assurer un accès aux fluorures adaptés ;
- Renforcer la capacité du système de santé à assurer une prévention et une maîtrise intégrées des affections bucco-dentaires ;
- Améliorer la surveillance intégrée des affections bucco-dentaires, ainsi que le suivi et l'évaluation des programmes et la recherche.

### 1.1.3. Les cibles de cette stratégie :

Cette stratégie propose cinq cibles permettant de mesurer la mortalité et la morbidité ainsi que les facteurs de risque, la prévention et la réponse des systèmes de santé nationaux d'ici 2025 :

- Mettre un terme à la progression de la carie dentaire chez les enfants et les adolescents
- Réduire de 25% la mortalité prématurée imputable au cancer de la cavité buccale ;
- Accroître d'au moins 25% la population qui utilise quotidiennement des dentifrices;
- veiller à ce qu'au moins 50% de la population en ayant exprimé le besoin ait accès aux services de soins de santé bucco-dentaire ;
- faire en sorte qu'au moins 10% des établissements de soins de santé primaires puissent proposer des soins de santé bucco-dentaire essentiels et sans risque sanitaire.

La mise en œuvre de la stratégie obéira aux six principes décrits ci-après

- La santé publique et l'approche communautaire
- L'appropriation par les pays et le rôle moteur des pouvoirs publics
- La collaboration multisectorielle
- La couverture sanitaire universelle
- Une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie
- Des approches reposant sur des bases factuelles.

Les responsabilités des états membres pour cette stratégie sont les suivantes

- Elaborer et appliquer un plan d'action national multisectoriel pour la santé bucco-dentaire dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles;
- Mobiliser des ressources et promouvoir l'investissement, renforcer les partenariats public-privés afin de soutenir les plans d'action nationaux intégrés pour la santé bucco-dentaire dans le cadre des programmes de lutte contre les MNT;

- Mettre au point des mécanismes durables pour améliorer la collaboration et le partenariat multisectoriels dans la mise en œuvre des interventions prioritaires;
- Coordonner les efforts et le programme de plusieurs parties prenantes conformément aux priorités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles;
- Promouvoir la formation, le recrutement et la fidélisation des personnels de santé bucco-dentaire requis;
- Mobiliser, associer et autonomiser les communautés pour permettre aux populations de mieux maîtriser et d'améliorer leur santé bucco-dentaire et leur santé en général;
- Mener la recherche et documenter les enseignements tirés de l'expérience sur les divers aspects des interventions prioritaires. [14].

## **1.2. La santé bucco-dentaire au Mali :**

### **1.2.1. JUSTIFICATION ET COMPOSANTES D'UN PROGRAMME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :**

Du fait de la répartition inégale des professionnels de la santé bucco-dentaire et faute d'établissements adaptés, la plupart des cas ne sont pas traités. De nombreux pays ne disposent d'aucune politique nationale de santé bucco-dentaire et sont confrontés à la pénurie de personnels dans ce domaine [15].

Dans la politique sanitaire de la plupart des pays, la santé bucco-dentaire est intégrée dans les MNT. En 2002 l'OMS déclara que la santé bucco-dentaire faisait intégralement partie des programmes prioritaires de santé. Elle est considérée comme un facteur déterminant de la qualité de vie. En 2016 une résolution de l'OMS préconisait d'intégrer la santé bucco-dentaire au programme des MNT.

A travers le monde on note des avancées spectaculaires dans le domaine de la santé bucco-dentaire mais elles ne sont pas uniformément réparties. Les pays les plus développés enregistrent une diminution importante de l'incidence de la carie dentaire alors que c'est le contraire dans les pays pauvres. Dans presque tous les pays africains l'incidence des maladies bucco-dentaires non traitées est élevée, surtout parmi les jeunes. Au plan géographique les services de santé bucco-dentaire se trouvent très souvent dans les zones relativement urbanisées. Cela aggrave les inégalités dans l'accès aux soins.

La santé bucco-dentaire n'est pas une entité isolée à part dans le système de santé. Depuis l'adoption en 1992 de la stratégie mondiale de lutte contre le noma de l'OMS, la lutte contre les affections bucco-dentaires et le noma a été relancé dans de nombreux pays dont le nôtre.

En général la politique de santé bucco-dentaire de la plupart des pays au sud du Sahara s'articule autour des stratégies de l'OMS dans le cadre de la santé orale.

Selon l'OMS ; l'élaboration de programme de promotion de la santé bucco-dentaire doit être axée sur:

- L'identification des déterminants de la santé, la mise en place de mécanismes visant à améliorer la capacité de concevoir et de mettre en œuvre des interventions pour promouvoir la santé bucco-dentaire;

- La mise en œuvre de projets de démonstration dans la communauté pour promouvoir la santé bucco-dentaire, en privilégiant les groupes de populations pauvres et défavorisés;
- Le renforcement des capacités de planification, d'évaluation des programmes nationaux de promotion de la santé bucco-dentaire et des interventions mises en place;
- La mise au point de méthodes et d'outils pour analyser le déroulement et les résultats des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire dans le cadre des programmes nationaux de santé;
- La création de réseaux et d'alliances visant à renforcer les mesures nationales et internationales de promotion de la santé bucco-dentaire. L'accent est également mis sur la création de réseaux pour l'échange de données d'expérience.

Ainsi chaque pays doit adopter une politique de santé bucco-dentaire qui :

- Présente une méthode simple et rationnelle pour la formulation d'une politique
- Evalue les besoins prioritaires en matière de santé bucco-dentaire en tenant compte du contexte;
- Sélectionne les interventions sur la base des données scientifiques et des ressources disponibles,
- Enonce des indicateurs simples et significatifs de performance;
- Met en place un processus politique durable pouvant s'adapter à l'évolution de la situation sociale, politique et économique du pays.

#### **1.2.2. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AU MALI 2004-2008 :**

Au Mali, le programme de santé bucco-dentaire fut créé en 2002 au sein de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) de la DNS (Direction Nationale de la Santé). Le premier plan quinquennal de santé bucco-dentaire 2004 -2008 fut élaboré en 2003. [16].

Les axes stratégiques de ce plan étaient calqués sur les orientations stratégiques de l'OMS. Il s'agit de:

- Le renforcement des capacités du personnel de santé des structures sanitaires à la détection précoce et à la prise en charge efficace des affections bucco-dentaires,
- L'extension de la couverture géographique et sanitaire en matière de santé bucco-dentaire,
- La communication pour le changement de comportement (ccc) des populations, le renforcement du partenariat dans la prévention et la lutte contre les affections bucco-dentaires,
- L'intégration de la surveillance épidémiologique des affections bucco-dentaires dans le système de surveillance épidémiologique existant,
- Le développement de la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Les trois périodes d'évolution de la santé bucco-dentaire au Mali selon le plan stratégique 2004- 2008 sont:

##### **a. La période pré- coloniale :**

Pendant cette période les patients recouraient plus aux guérisseurs, chasseurs, forgerons et charlatans. Ces acteurs n'avaient pas de lieu fixe pour exercer leur métier. Ils travaillaient à domicile, dans les marchés, sur les places publiques ou de façon ambulatoire comme les « arracheurs de dents » du moyen âge. Ils faisaient

des traitements à base de poudres issues des feuilles des plantes, de racines et / ou d'écorces d'arbres dont le jujubier, l'arbre à tanin. L'intensité de ces pratiques a certes diminué, mais elles continuent de nos jours dans nos sociétés.

#### **b. La période coloniale :**

C'est le début de la prise en charge dans une structure de santé des pathologies bucco-dentaires par les missionnaires blancs dans le système de l'Assistance Médicale Indigène. Le premier cabinet dentaire dans nos structures de santé était au niveau de l'hôpital Gabriel Touré (Bamako). Plusieurs missionnaires français spécialisés dans le domaine de la santé bucco-dentaire y ont travaillé.

#### **c. De l'Indépendance à 2008:**

Cette période est caractérisée par l'extension de la couverture de santé bucco-dentaire à l'instar de celle de la santé en général, la création du programme de santé bucco-dentaire et de plusieurs cabinets dentaires publics et privés. Depuis l'indépendance les maures d'origine mauritanienne et certains arabes (syriens, irakiens) exercent l'art dentaire à Bamako dans le quartier de Bagadadji près de la grande mosquée. En plus de quelques extractions dentaires ils fabriquent des prothèses amovibles à base de résine auto-polymérisable.

#### **1.2.3. PLAN STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DU MALI 2017-2021**

Le plan stratégique de la santé bucco-dentaire 2018-2022 n'est pas encore validé au niveau national. Il est en cours d'élaboration. Les maladies bucco-dentaires comptent parmi les maladies non transmissibles (MNT) évitables les plus fréquentes au monde. Elles sont toutes d'origine multifactorielle et ont des facteurs de risque modifiables communs avec les principales MNT. Ce présent plan stratégique se propose de renforcer les structures dentaires des établissements sanitaires. La vision de ce plan est d'équiper les structures dentaires au niveau périphérique et de les renforcer en personnels qualifiés (un chirurgien-dentiste au niveau de chaque district sanitaire et un chirurgien maxillo-facial dans chaque EPH de 2ème référence).

La formation continue des spécialistes du domaine de l'odontostomatologie est prévue dans ce plan stratégique [17].

Les objectifs de ce plan stratégique sont :

- Renforcer les systèmes de santé pour la prévention et la prise en charge des affections bucco-dentaires.
- Renforcer les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les affections bucco-dentaires.
- Intégrer les activités de santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires.
- Assurer la promotion de la santé bucco-dentaire à l'école et au sein de la communauté.

- Assurer le développement de la recherche fondamentale opérationnelle en matière de santé bucco-dentaire.
- Mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation

#### **1.2.4. ETABLISSEMENTS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DU MALI :**

En termes d'établissements de santé bucco-dentaire, la prise en charge est fait au niveau publique, parapublique, privée et confessionnelle.

Du point de vue pyramide :

- Le Centre Hospitalier Universitaire – Centre National d'Odonto-Stomatologie (CHU- CNOS) est la 3<sup>ème</sup> référence.
- Les structures bucco-dentaires constituent la 2<sup>ème</sup> référence.
- Les Centre de Santé de Reference (CSREF) la 1<sup>ère</sup> référence
- Les structures de prise en charge des forces armées de sécurité participent aussi activement.

#### **1.2.5. FORMATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU MALI**

En 2006, la filière odontostomatologie a été créée. Elle a complété ainsi le sigle en FMPOS (Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie) avec un cycle de formation de 6 ans. La filière Odontologie ouvrit effectivement en 2007.

La FMPOS est la seule faculté de médecine (publique) du Mali accueillant des étudiants originaires de nombreux pays Africains. Elle est composée de quelques grands Départements d'Enseignement et de Recherche (DER) : le DER de Médecine, le DER de Chirurgie, le DER des Sciences Pharmaceutiques et le DER de santé publique et spécialités. Elle s'est donnée comme mission :

- La formation des docteurs en médecine, en pharmacie et en odontostomatologie
- La formation complète des spécialistes dans divers domaines des sciences médicales.

Le chef du département : Il traite des problèmes de l'enseignement et de la recherche. Il a le pouvoir avec le décanat de prendre les orientations et les décisions nécessaires pour la bonne marche de la filière. Il lui revient d'étudier avec les chefs de service de la filière les voies et moyens pour le bon fonctionnement de tous les services.

La commission pédagogique : Elle dépend du conseil de Faculté. Elle prend en charge tout ce qui a trait à l'enseignement en général (les cours, les emplois du temps, l'organisation des examens, etc.). C'est une commission institutionnelle. Elle est dirigée par un enseignant de la filière nommée par le chef de département

Après validation des six années d'étude, l'étudiant acquiert le titre de Docteur en Chirurgie Dentaire. Les débouchés sont également multiples, spécialisation par la voie du concours d'accès au résidanat, recrutement par la fonction publique ou parapublique, ou encore activité libérale. (Données FMOS)

# METHODOLOGIE

### **III. METHODOLOGIE :**

#### **1. Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de six mois allant du 1<sup>er</sup> Juin au 31 Novembre 2021.

#### **2. Lieu et cadre d'étude**

L'étude s'est déroulée dans la commune I du district de Bamako.

##### **Description de la commune I**

La Superficie de la Commune est de 34,26 km<sup>2</sup>, soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako. (Données du SIS)

La Population totale de la Commune : 487 786 habitants, soit une densité moyenne de 13 848 habitants/km<sup>2</sup> en 2021.

La Commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle comprend 9 quartiers (Banconi, Fadjiguila, Djélibougou, Sikoro, Korofina nord, Korofina sud, Sotuba, Boukassoumbougou et Doumazana) qui sont divisés en 12 aires de santé dont 12 sont fonctionnelles et une à cheval sur 2 quartiers (ASACOKOSA).

**Tableau I : Carte sanitaire théorique de la commune I**

Aire de Santé	Quartier	Date d'ouverture	Superficie (km <sup>2</sup> )	Poids	2019		2020		2021	
					Densité	Population	Densité	Population	Densité	Population
ASACOBA	BANCONI	09-mars-89	8,1	20,88	11896	96357	12230	99067	12575	101 854
ASACOMSI	MEKIN SIKORO	01-sept-93	0,39	9,72	11500	44852	118239	46113	121566	47 411
ASACODJE	DJELIBOUGOU	02-févr-94	2,21	11,16	23300	51492	23955	52940	24629	54 430
ASACOBOUL I	BOULKASSOUMBOUGOU	01-sept-92	3,41	7,29	9865	33640	10143	34586	10428	35 559
ASACOBOUL II		01-sept-92	3,41	7,29	9865	33639	10142	34585	10428	35 558
ASACOKOSA	KOROFINA SUD SALEMBOUGOU	15-sept-96	1,77	5,96	15536	27500	15974	28273	16423	29 069
ASACODOU	DOUMANZANA	15-nov-97	4,38	9,14	9626	42161	9897	43347	10175	44 566
ASACOFADJI	FADJIGUILA	15-mars-99	0,28	7,28	119943	33584	123316	34528	126786	35 500
ASACODJAN	DIANGUINEBOUGOU	19-sept-00	2,05	7,58	17061	34976	17541	35960	18035	36 971
ASACONORD	KOROFINA NORD	01-févr-06	1,32	7,28	25461	33608	26177	34553	26913	35 525
ASACOSISOU	SOURAKABOUGOU	01-mars-10	0,23	4,86	97504	22426	100247	23057	103067	23 705
ASACOS	SOTUBA	27-nov-12	6,71	1,57	1077	7224	1107	7427	1138	7 636
Commune I			34,26	18,5	13469	461459	13848	474437	14238	487786



### **3. Population d'étude**

Les personnes âgées de 18 ans et plus résidant dans la zone d'étude ont constitué notre population d'étude. Nous nous sommes basés sur le fait que la personne est majeure à partir de 18ans et est apte à répondre aux questionnaires.

### **4. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude toutes les personnes âgées de 18 ans et plus résidant à Banconi, Boukassoumbougou, et à Sikoro dans la commune I et ayant acceptées de participer à l'étude présentant ou pas d'affections bucco-dentaires.

### **5. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans notre étude toutes les personnes :

- ayant 18 ans et plus et n'ayant pas acceptées de participer à l'étude ;
- ne résidant pas dans la zone d'étude.

## **6. Echantillonnage**

Méthode et technique d'échantillonnage :

La méthode probabiliste et le sondage à plusieurs degrés ont été utilisés pour sélectionner l'échantillon.

### **Sélection de la commune I**

La commune I a été sélectionné par sondage aléatoire simple avec la liste des six communes de Bamako comme base de sondage. Nous avons mis les numéros de l'ensemble des communes dans un bocal et celui de la commune I a été tiré au hasard.

### **Sélection des quartiers**

La technique de sondage aléatoire simple a été utilisée pour sélectionner les quartiers. La liste des 9 quartiers de la commune constituait notre base de sondage. Un numéro a été attribué à chaque quartier. Ces numéros ont été mises dans un bocal et ensuite nous avons tiré au hasard trois quartiers : Boukassoumbougou, Banconi, et Sikoro car nos moyens ne nous permettaient pas de prendre en considération tous les quartiers.

### **Sélection des ménages**

Les ménages ont été sélectionnés par choix raisonné à partir de celui du chef de quartier. Nous avons décidé de prendre en compte les autres ménages voisines jusqu'à l'obtention de notre échantillon.

## Sélection des personnes

A partir du ménage du chef de quartier nous avons sélectionné des individus dans les ménages répondant à notre critère d'inclusion jusqu'à l'obtention de notre échantillon.

### 7. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à travers la formule de Daniel Schwartz [18].

$$n = (Z\alpha)^2 pq / i^2$$

La taille calculée de l'échantillon est  $n = 300$  personnes. Par allocation égale nous avons décidé d'enquêter 100 personnes par quartier ( $300/3=100$ ).

**Tableau II: Répartition des populations en fonction de la résidence**

Résidence	Effectif	Pourcentage %
Sikoro	100	33,3
Banconi	100	33,3
Boukassoumbougou	100	33,4
Total	300	100,0

### 8. Outil et technique de collecte des données

L'entretien individuel et le guide d'entretien ont été utilisés comme méthode et technique de collecte des données.

### 9. Les variables

#### Sociodémographiques :

- Age
- Sexe
- Profession
- Niveau d'instruction
- Résidence

#### Variables/ les raisons du non recours aux soins buccodentaires liées au système de soin :

- Accessibilité des cabinets dentaires : distance moyenne + accessibilité
- Le coût de la consultation
- Le coût des soins dentaires et des médicaments

#### Variables/Les raisons du non recours aux soins buccodentaires liées au patient

- Difficultés financières liées aux coûts des soins, médicaments....
- Méconnaissance des soins
- Recours au tradipraticien

- Recours à l'Automédication
- La peur des soins
- Revenu mensuel

#### **10. Considérations éthiques**

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

Dans l'optique de garantir l'anonymat de l'enquête, aucun nom n'ait porté sur les fiches de collecte de données, et aucune participation financière n'ait exigée. Il n'y a pas eu d'intervention pouvant porter atteinte à la vie, à la dignité humaine et à l'intégrité physique des participants. C'est ainsi que ceux-ci ont été construits dans le respect des principes d'éthique de la recherche notamment le respect de la dignité humaine, le respect du consentement libre éclairé et le respect de la vie privée et des renseignements ont été obtenus.

# **RESULTATS**

#### IV. RESULTATS :

##### 1. Caractéristiques sociodémographiques :

**Tableau III : Répartition des populations en fonction du sexe**

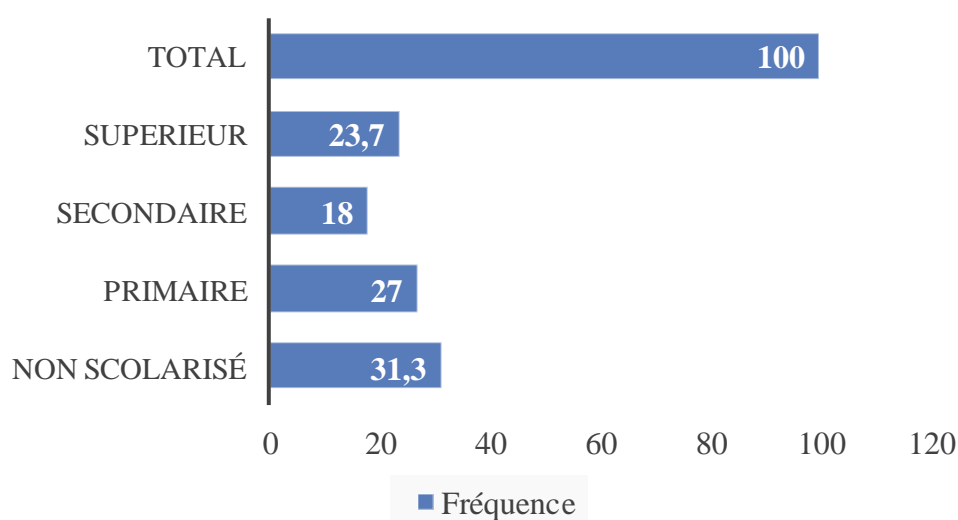
Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	186	<b>62,0</b>
Féminin	114	<b>38,0</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Le sexe masculin a été le plus représenté avec un pourcentage de 62% avec un sex ratio de 1,63.

**Tableau IV : Répartition des populations en fonction des professions**

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Fonctionnaire	40	13,3
Commerçant	107	35,7
Ouvrier	82	27,3
Élèves/Étudiant	28	9,3
Ménagère	43	14,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

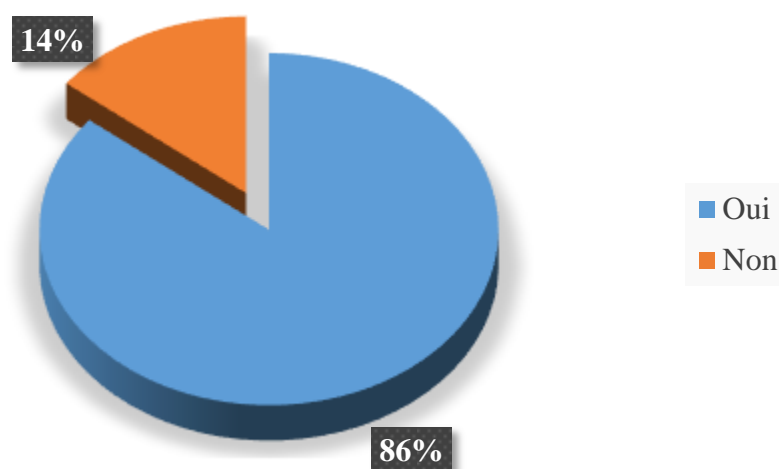
Parmi les professions les commerçant(e)s étaient les plus représentés avec 35,7%.



**Figure 2 : Répartition des populations en fonction du niveau d'instruction**

Les personnes non scolarisées étaient les plus représentées avec 31%.

2. Problèmes bucco-dentaires :



**Figure 3 : Répartition des populations en fonction des problèmes buccodentaires dans le passé.**

Une grande partie de la population d'étude avait eu un problème bucco-dentaire soit 86%.

**Tableau V: Répartition des populations en fonction du type de problèmes bucco-dentaires rencontrés dans le passé**

Type de problemes bucco-dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Carie dentaire	234	<b>91,0</b>
Gingivite	12	<b>4,7</b>
Aphte	5	<b>2</b>
Parodontite	4	<b>1,5</b>
Fracture coronaire	2	<b>0,8</b>
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

Les personnes qui ont été touché par la carie dentaire étaient les plus représentées soit 91%

**Tableau VI : Répartition des populations en fonction de la connaissance des affections buccodentaires**

Connaissances d'affection buccodentaires	Effectif	Fréquence (%)
<b>Oui</b>	240	<b>80,0</b>
<b>Non</b>	60	<b>20,0</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Une partie des enquêtées (80%) avaient une connaissance sur une affection bucco-dentaire.

**Tableau VII : Répartition des populations en fonction du type d'affection buccodentaire**

Connaissances sur le type d'affection buccodentaires	Effectif	Fréquence (%)
Carie dentaire	220	91,7
Gingivite	13	5,4
Aphte	7	2,9
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des répondants (91,7%) avaient une connaissance sur la carie dentaire.

### 3. Recours aux soins buccodentaires

**Tableau VIII : Répartition des populations en fonction du recours aux soins bucco-dentaires**

Recours aux soins bucco-dentaires	Effectif	Fréquence (%)
Oui	136	45,3
Non	164	54,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

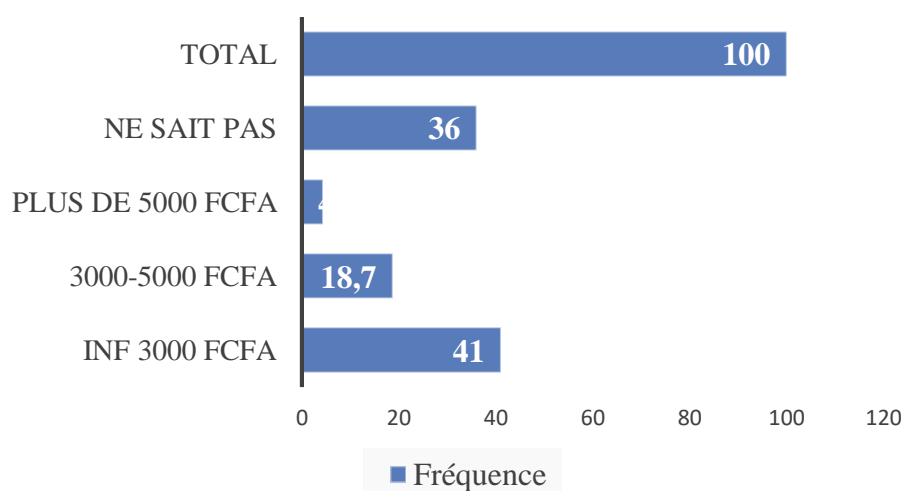
Plus de la moitié de la population n'avait pas eu recours aux soins bucco-dentaires avec un pourcentage de 54,7%.

### 4. Raisons du non recours aux soins buccodentaires liées au système de soins

**Tableau IX : Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié aux frais de consultation**

Non recours lié aux frais de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Obstacle	90	54,8
Pas d'obstacle	74	45,1
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Parmi les personnes n'ayant pas recouru aux soins 54,87% ont affirmé que les frais de consultations peuvent être un obstacle pour recourir aux soins buccodentaires.



**Figure 4 : Répartition des populations en fonction de l'estimation des frais de consultation**

Près de la moitié ont estimé que les frais de consultation étaient inférieurs à 3000FCFA.

**Tableau X: Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié au coût des soins.**

Non recours lié au coût des soins bucco-dentaires	Effectif	Fréquence (%)
Obstacle	121	73,7
Pas d'obstacle	43	26,2
<b>Total</b>	164	<b>100,0</b>

Selon les personnes n'ayant pas recouru aux soins bucco-dentaires 73,7% ont trouvé que le coût des soins buccodentaires pouvait être un obstacle pour recourir aux soins.

**Tableau XI : Répartition des populations en fonction de l'estimation du coût des soins bucco-dentaires**

Estimation du cout des soins bucco-dentaires	Effectif	Fréquence (%)
INF 5 000F	15	9,1
5000-10000F	50	30,5
Plus de 10 000f	47	28,7
Ne sait pas	52	31,7
<b>Total</b>	164	<b>100,0</b>



Dans les populations 30,5% des personnes ont donné une estimation du coût des soins bucco-dentaires comprise entre 5000-10 000FCFA et 9,1% ont dit que c'est inférieur à 5000FCFA.

**Tableau XII : Répartition des populations en fonction de l'appréciation par rapport aux coûts des soins buccodentaires**

<b>Appréciation du cout des soins bucco-dentaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Acceptable</b>	8	<b>7,1</b>
<b>Cher</b>	64	<b>57,1</b>
<b>Très cher</b>	40	<b>35,7</b>
<b>Total</b>	112	<b>100,0</b>

Près de la moitié soit 57,1% ont dit que le coût des soins bucco-dentaires était cher et 7,1% ont dit que c'était acceptable.

**Tableau XIII : Répartition des populations en fonction de la possession d'une assurance maladie**

<b>Possession d'assurance maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Oui</b>	64	<b>21,3</b>
<b>Non</b>	236	<b>78,7</b>
<b>Total</b>	300	<b>100,0</b>

Nous avons trouvé que 78,7% ne possédait pas une assurance maladie.

**Tableau XIV: Répartition des populations en fonction du type d'assurance maladie**

<b>Type d'assurance maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Amo</b>	61	<b>95,3</b>
<b>Saham</b>	2	<b>3,1</b>
<b>Mutualité</b>	1	<b>1,6</b>
<b>Total</b>	64	<b>100,0</b>

Parmi les bénéficiaires d'une Assurance maladie 95,3% sont assurées à l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire)

**Tableau XV : Répartition des populations en fonction de la motivation d'une assurance maladie**

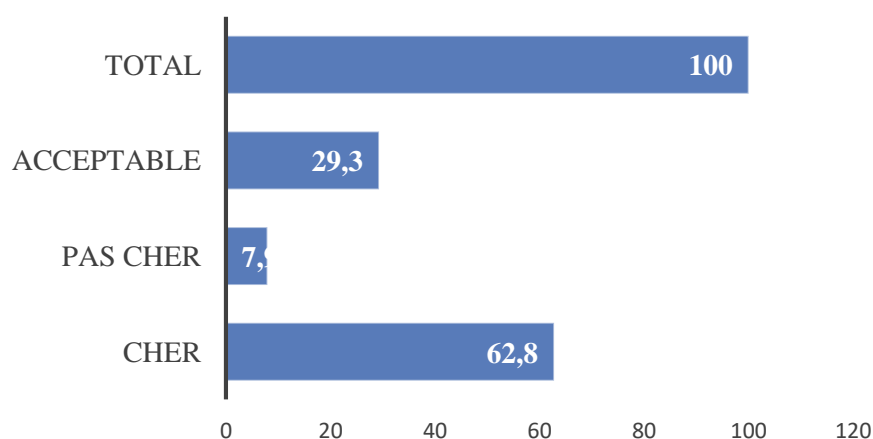
Recours aux soins motivé par l'assurance maladie	Effectif	Fréquence (%)
Oui	47	73,4
Non	17	26,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

La majeure partie des personnes ayant une assurance maladie ont trouvé que la possession d'une assurance maladie pouvait être une source de motivation pour recourir aux soins buccodentaires.

**Tableau XVI : Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié au coût des médicaments prescrits**

Non recours lié aux couts des médicaments	Effectif	Fréquence (%)
Obstacle	105	64,0
Pas d'obstacle	59	36,0
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des personnes n'ayant pas recouru aux soins, 64,0%, trouvait que le coût des médicaments prescrits pouvait être un obstacle pour recourir aux soins buccodentaires.



**Figure 5 : Répartition des populations en fonction de l'appréciation du coût des médicaments prescrits.**

Selon les personnes n'ayant pas eu recours aux soins 62,8% ont trouvé que le coût des médicaments prescrits est cher.

**Tableau XVII : Répartition des populations en fonction de la distance du cabinet dentaire.**

Estimation de la distance de la résidence au cabinet dentaire (Km)	Effectif	Fréquence (%)
1	8	4,9
2	14	8,5
3	28	17,1
4	28	17,1
7	41	25,0
9	20	12,2
11	25	15,2
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Parmi les personnes n'ayant pas recouru aux soins 25,0% habitaient à 7 km du cabinet dentaire.



**Figure 6 : Répartition des populations en fonction des raisons liées à la distance du cabinet dentaire**

Parmi les personnes n'ayant pas recouru aux soins dentaires 56,7% trouvait que la distance du cabinet ne pouvait pas être un obstacle pour recourir aux soins buccodentaires.

**Tableau XVIII : Répartition des populations en fonction de l'appréciation de la distance du cabinet dentaire**

Appréciation de la distance	Effectif	Fréquence (%)
Loin	73	44,5
Pas loin	80	48,8
Trop loin	11	6,7
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Dans la population seule 6,7% des personnes ont dit que le cabinet dentaire était trop loin de leur résidence.

##### 5. Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires liées à la personne

**Tableau XIX: Répartition des populations en fonction de la peur**

Non recours lie à la peur	Effectif	Fréquence (%)
Oui	70	42,7
Non	94	57,3
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Près de la moitié soit 42,7% de la population ont avoir peur des soins bucco-dentaires.

**Tableau XX: Répartition des populations en fonction du recours au tradithérapeute, et à l'automédication.**

Recours aux tradithérapeute et à l'automédication	Effectif	Fréquence (%)
Tradithérapeute	49	29,9
Automédication	82	50,0
T+A	33	20,1
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Parmi ceux n'ayant pas eu recours aux soins 50,0% ont eu recours à l'automédication,

**Tableau XXI : Répartition de la population en fonction des raisons liées au recours au tradithérapeute, à l'automédication.**

**Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires des populations de la Commune I du District de Bamako**

<b>Raisons du recours à l'automédication et au tradithérapeute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Calmer la douleur	58	35,4
Moins cher	40	24,4
Efficace	19	11,6
Préfère	12	7,3
Pas de moyens	11	6,7
Confiance au T+A	4	2,4
Plus accessible	11	6,7
Peur de l'hôpital	6	3,7
Confiance au tradithérapie	3	1,8
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Parmi les répondants 35,4% ont eu recours à l'automédication et la tradithérapie pour calmer la douleur.

**Tableau XXII: Répartition des populations en fonction du revenu mensuel**

<b>Estimation du revenu mensuel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
INF 100 000F	35	11,7
100 000F-200 000F	28	9,3
SUP 200 000F	4	1,3
NE SAIT PAS	31	10,3
Pas de revenu mensuel	202	67,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des populations soit 67,3% n'avait pas de revenu mensuel et 11,7% avait un revenu mensuel inférieur à 100 000FCFA.

**Tableau XXIII: Répartition des populations en fonction de l'obstacle lié aux revenus mensuels**

Non recours lie au revenu mensuel	Effectif	Fréquence (%)
Obstacle	127	77,4
Pas d'obstacle	37	22,6
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Dans les populations 77,4% ont affirmé que leur revenu mensuel pouvait être un obstacle pour recourir aux soins buccodentaires.

## VI. Tableaux croisés

**Tableau XXIV : relation sexe et recours aux soins**

Sexe	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Masculin	70	51,5	116	70,7
Féminin	66	48,5	48	29,3
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-carré de Pearson : 10,47 et  $p = 0,015$   $p < 0,015$

Il y a une relation statistiquement significative entre le sexe et le recours aux soins bucco-dentaires.

**Tableau XXV : Age-gr - Recours aux soins bucco-dentaires**

Age-gr	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
1	107	78,5	130	79,3
2	19	14,1	27	16,4
3	10	7,4	7	4,3
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-deux de Pearson = 1,37  $P = 0,51$

Nous n'avons pas trouvé de lien entre les tranches d'âge des répondants et le recours aux soins bucco-dentaires

**Tableau XXVI : Résidence et recours aux soins bucco-dentaires**

**Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires des populations de la Commune I du District de Bamako**

Résidence	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Sikoro	37	27,2	63	38,4
Banconi	51	37,5	49	29,8
Boukassoumbougou	48	35,3	52	31,7
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-deux de Pearson = 4,38, Nous n'avons pas pu trouver de lien entre le lieu de résidence et le recours aux soins bucco-dentaires. (p=0,112)

**Tableau XXVII : Profession et recours aux soins bucco-dentaires**

Profession	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Fonctionnaire	26	19,1	14	8,5
Commerçant	55	40,4	52	31,7
Ouvrier	20	14,7	62	37,8
Etudiant	12	8,8	16	9,7
Ménagère	23	17	20	12,2
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-carré de Pearson : 23,62 et p =0,001 p< 0,001

Il existe un lien statistiquement significatif entre la profession et le recours aux soins bucco-dentaires

**Tableau XXVIII : Niveau d'instruction et recours aux soins bucco-dentaire**

Niveau d'instruction	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Non scolarisé	30	22,0	64	39,0
Primaire	41	30,1	40	24,4
Secondaire	30	22,0	24	14,6
Supérieur	35	25,7	36	22
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Khi-carré de Pearson : 10,47 et  $p = 0,015$   $p < 0,015$

Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction et le recours aux soins bucco-dentaires

**Tableau XXIX : Revenu mensuel et recours aux soins bucco-dentaires**

Revenu mensuel	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Inferieur 100 000F	12	8,8	23	14,0
100 000 – 200 000F	17	12,5	11	6,7
Supérieur 200 000F	3	2,2	1	0,6
Ne sait pas	13	9,5	18	10,9
Pas de revenu mensuel	91	66,9	111	67,7
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-carré de Pearson : 5,97 et  $p = 0,202$   $p < 0,0202$

Il n'existe de lien statistiquement significatif entre le revenu mensuel et le recours aux soins bucco-dentaires

**Tableau XXX : Coût des médicaments et recours aux soins bucco-dentaires**

Coût des médicaments	Recours aux soins			
	Oui		Non	
	ni	%	ni	%
Oui	64	47,0	105	64,0
Non	72	52,9	59	35,9
<b>Coût global</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

Khi-carré de Pearson : 8,7 et  $p = 0,003$   $p < 0,003$

Il existe une relation statistiquement significative entre le coût des soins et le recours aux soins bucco-dentaires



# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive chez 300 personnes sur les raisons du non recours aux soins buccodentaires des populations de la commune I du district de Bamako sur une période de six mois allant du 1er juin au 31 Novembre 2021. Néanmoins cette étude présente des limites car nous n'avions pas pu étendre dans toutes la commune I, par faute de moyens nous nous sommes limités dans trois quartiers respectivement les quartiers de : Boukassoumbougou, Sikoro et Banconi.

### - **Caractéristiques sociodémographiques**

#### ➤ **Selon le Sexe**

Dans notre étude le sexe masculin a été le plus représenté avec 62% contre 38% de femmes avec un sex ratio de 1,63. Ces résultats sont comparables à celui de Louis et al. en 2017 en France qui ont trouvé une prédominance masculine de 53% contre 47% des femmes et un sex ratio homme/femme de 1,125 [20] et de Sangaré A et al en Côte d'Ivoire en 2010 avec 53% d'hommes et 47% de femmes. Nos résultats s'expliquent par le fait que le sexe masculin était plus disponible à répondre aux questions que le sexe féminin.

#### ➤ **Selon la Profession**

Parmi les professions les commerçant(e)s étaient les plus représentés avec 35,7% par contre dans une étude de DIALLO B et al au Mali en 2017 sur les facteurs influençant le faible recours aux soins bucco-dentaires de Bla et Niono dans la Région de Ségou ils ont eu au une prédominance de ménagères avec 37,6% à Bla et 39,7% à Niono [18]. Cela s'explique par le fait que l'économie de la commune I est basée sur trois secteurs (l'agriculture, artisanat, petit commerce) et sur des unités industrielles.

#### ➤ **Selon le Niveau d'instruction**

Dans notre étude nous avons trouvé une prédominance des personnes non scolarisées soit 31%. Ce résultat est inférieur à celui de GARE J et al en 2019 au Burkina qui ont eu 53,33% pour les non scolarisées [21] par contre en 2016 au Burkina Kabore et al ont eu une prédominance du niveau secondaire avec 29% [22].

Ce résultat s'explique par la fréquence élevé des commerçants et des ouvriers parmi les répondants qui sont majoritairement non scolarisés ainsi que leur présence dans les ménages au moment de l'enquête due à leur activité.

➤ **Selon les Problèmes buccodentaires**

Une grande partie des personnes enquêtées soit 86% avait eu un problème bucco-dentaire, plus de la moitié avait la carie dentaire avec 78% suivi de la gingivite avec 4%. Ce résultat est comparable à celui de KANE AST et al. au Mali en 2018 où la carie dentaire était l'affection la plus rencontrée avec 80,59% suivi des parodontopathies avec 64,17% [23] et de Diawara O et al avec 95% pour la carie dentaire et 87,84% pour les parodontopathies [24].

D'après l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2019 (Global Burden Disease 2019), les affections bucco-dentaires touchent près de 3,5 milliards de personnes dans le monde, la plus fréquente étant la carie des dents définitives [25].

Cela s'explique par le manque d'information des populations sur les mesures préventives des affections bucco-dentaires.

➤ **Raisons du non recours aux soins buccodentaires**

Malgré la fréquence des problèmes bucco-dentaires des populations une grande partie soit 54,7% n'avait pas eu recours aux soins buccodentaires. Ce résultat est comparable à celui de Caroline et al en 2011 à Paris 15,4% de la population âgée de 18 ans et plus ont déclaré avoir renoncé à des soins lors des douze derniers mois dont 10% représentait les soins dentaires(26) et de Ghislaine et al en 2021 en Côte d'Ivoire sur 423 femmes enquêtées dans un quartier périurbain ont eu un taux de renoncement aux soins de 59,1% (27). Cela s'explique par le recours à l'automédication, à la tradithérapie, au manque de moyens financiers pour assurer les frais de consultation, au coût élevé des soins dentaires et des médicaments.

➤ **Selon les raisons liées à l'automédication, au tradithérapeute**

Le recours à l'automédication était plus marqué avec 50,0% des cas alors que le taux de recours chez le tradithérapeute était de 29,9%. Ce résultat est supérieur à celui de Kabore et al en 2016 au Burkina qui ont trouvé que 30,4% recouraient à l'automédication et 10,5% au tradithérapeute à cause du manque de moyens financiers pour honorer les frais de traitements (26,3%), du temps d'attente (7,9%) de la peur du chirurgien-dentiste (10,5%). SANGARE et al, en 2010 en Côte d'Ivoire ont trouvé que les principales raisons pour recourir aux soins traditionnels étaient le coût abordable du traitement (73,8%), l'absence de douleur lors des soins (20,9%), de la proximité des soins traditionnels (17,9%).

Ce résultat s'explique par le désir de calmer la douleur (35,4%), la confiance au tradithérapeute et à l'automédication 2,4% l'efficacité de ces remèdes 11%, le coût non élevé 24,4%.

➤ **Selon le coût des soins, le coût des médicaments et des frais de consultation**

Par rapport au coût des soins bucco-dentaires 30,5% l'on estimés entre 5000 -10 000FCFA, 28,7% à plus de 10 000FCFA, 57,1% ont dit que c'était cher, 73,7% ont dit que ça pourrait être un obstacle pour recourir aux soins bucco-dentaires. Ghislaine et al en 2021 en Côte d'Ivoire ont trouvé que le renoncement était plus marqué à l'achat des médicaments, pour les examens biologiques, les soins dentaires et les actes chirurgicaux, seules 30% d'entre elles bénéficiaient d'une couverture maladie (21) Egalement l'ASS-NC (l'Agence Sanitaire et Sociale de le Nouvelle-Calédonie) en 2012 dans une étude menée sur 26 familles, a cité de nombreux freins qui rendaient difficile l'accès aux soins dentaires tels que le coût des soins, des difficultés lié à l'organisation des structures publiques de soins, le manque de dentiste, des expériences négatives vécues chez le dentiste par le passé, des expériences négatives rapportées par des personnes de l'entourage, la peur des soins dentaires (22). Dans une étude sur la consommation en soins bucco-dentaires en Côte d'Ivoire en 2002 pour 87,41% des chefs de ménages enquêtés, les frais de consultation constituaient l'obstacle majeur à l'accessibilité aux soins buccodentaires et seulement 36,8% bénéficiaient d'une assurance médicale (23).

Pour les modalités de l'estimation du coût des soins bucco-dentaires nous nous sommes basé sur les tarifs des soins du CHU-CNOS qui varient en général de 2000 à 10 000FCFA pour mesurer et pour l'appréciation du coût des soins c'est un jugement subjectif qui ne tient compte que de l'avis ou l'appréciation personnelle des individus. Nous ne disposons pas d'instrument de mesure réel pour ça.

➤ **Selon l'accessibilité géographique, la peur**

Dans cette étude la distance n'était pas une raison du non recours aux soins bucco-dentaires pour 56,7%. 17,1% habitaient à 3Km du cabinet dentaire et seuls 6,7% ont dit que c'était trop loin de leur résidence. Près de la moitié soit 42,7% de la population ont dit avoir peur des soins bucco-dentaires, par contre Johara et al. En 2010 en Arabie Saoudite ont mis en évidence une relation significative entre l'accessibilité géographique (pour les localités situées à plus de plus de 15 km), la peur de la douleur lors des soins et le recours aux soins bucco-dentaires. Ces résultats s'expliquent par le fait que la majeure des répondants n'habitait pas loin d'un cabinet dentaire (cabinet dentaire privée ou Centre de Santé de Référence).

➤ **Selon le revenu mensuel et la possession d'une assurance maladie**

Par rapport au revenu nous nous sommes basé sur le revenu mensuel des fonctionnaires et d'un ouvrier pour donner une estimation du revenu. Cette étude nous a permis de déterminer un lien significatif entre le revenu mensuel et le recours aux soins bucco-dentaires, 77,4% des personnes ont affirmé que leur revenu mensuel pouvait être un obstacle pour recourir aux soins buccodentaire. Seuls 21,3% avaient une assurance maladie, parmi 26,6% ont dit que la possession d'une assurance maladie ne peut pas être une motivation pour recourir aux soins bucco-dentaires. Murakami et al. En 2014 au Japon ont trouvé qu'il y avait un lien significatif entre le revenu du chef de ménage et le recours aux soins bucco-dentaires préventifs chez les hommes (6). Dans une étude de CETAF/Fonds CMU en 2010/2011 les auteurs ont trouvé sur l'ensemble de la population bénéficiant de l'assurance maladie 36,6% des personnes déclarent avoir ne pas eu recours pour des raisons financières (28) White et al. Ont réalisé en 2011 aux USA une étude sur les facteurs influençant le recours aux services dentaires. Ils ont trouvé que les difficultés financières et l'insuffisance de la prise en charge des soins bucco-dentaires par les assurances limitaient le recours des populations aux soins bucco-dentaires. Javier et al. Au Mexique en 2007 sur l'effet de la pauvreté sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Ils ont trouvé que la pauvreté limite le recours aux soins bucco-dentaires des personnes démunies et socialement marginalisées. Les maladies bucco-dentaires imposent aussi de lourds fardeaux financiers et sociaux. Leurs traitements coûtent chers (29).

Ce non recourt s'explique l'incapacité d'assurer l'achat des médicaments et le coût des soins bucco-dentaires à cause du faible revenu également tous les actes dentaires ne sont pas pris en charge par les assurances maladie.

# **CONCLUSION**

## **VI. CONCLUSION**

L'étude a révélé qu'une partie de la population de la commune I ne font pas recours aux structures de prise en charge des affections bucco-dentaires malgré que chez les personnes enquêtées la fréquence des affections bucco-dentaires est élevée. Elles font plus recours à l'automédication et au traitement traditionnel à cause du coût des soins des soins bucco-dentaires, du coût des médicaments prescrits. L'amélioration de la santé bucco-dentaire nécessite l'utilisation des structures de soins.

# **RECOMMANDATIONS**



## **VII. RECOMMANDATIONS :**

Au Médecin chef du District sanitaire de la Commune I

- ❖ Appuyer les campagnes de sensibilisations sur l'hygiène bucco-dentaires

Aux agents de santé du District sanitaire de la Commune I

- ❖ Faire des campagnes de dépistages des affections bucco-dentaires et de sensibilisation sur l'hygiène buccodentaire avec les populations.

Aux populations de la commune I

- ❖ Diminuer l'automédication et la tradithérapie
- ❖ Se faire dépister chez le chirurgien-dentiste une fois par semestre

# **REFERENCES**

## REFERENCES

1. Wikipedia. Non-recours en France. 2016;
2. OpenEdition Journals. Le non-recours aux droits. 15 nov 2012;
3. Association dentaire canadienne. La santé bucco-dentaire selon l’OMS. 2017;
4. Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa, Saskia Estupinan-Day, and Charlotte Ndiaye The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9): 661–669.
5. Renata Leite, Christine Hudson, Lynn West, Elizabeth Carpenter and Jeannette O. Andrews, Assessing needs and oral health barriers to care in the Gullah Community-Hollywood Smiles Community Health Partnersh. 2013;7(2): 201-208.
6. Keiko Murakami, Jun Aida, Takayoshi Ohkubo and Hideki Hashimoto Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14:117.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Manuel Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique ; Prévention et prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma en tant qu’interventions essentielles contre les maladies non transmissibles. 2015 [cité 28 mai 2021]; Disponible sur: <http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/publications.html>.
8. Abou Dramane Sangare Comportement en santé oral et recours aux soins buccodentaires dans le département de Damou en Côte d’Ivoire [Diplôme de Doctorat en Santé Publique]. [Lyon 1]: Claude Bernard LYON I; 2011.
9. Dictionnaire français. recours. In: Larousse [Internet]. 2016 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.editions-larousse.fr>
10. Picheral H. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. *GEOS, atelier de géographie de la santé*. Université Paul Valéry 3. 2001;307.
11. Andersen R.M., Newman J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Memorial Fund Quarterly– Health and Society*. 1973;51 (1): 95-124.
12. Véronique Gabrieli V., Aurélie P., Com-Ruelle L., Coldefy M. Les rapports de L’IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), n° 564 ; pratiques spatiales d’accès aux soins [Internet]. 2016 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>.
13. Hernades J.F., Acosta-Gio A.E. The effect of poverty on access to oral health care. *Journal of American Dental Association*. 2007;138 (11) : 1443-1445.
14. Organisation Mondiale de la santé. Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025. [cité 14 juill 2021]; Disponible sur: [who.who.int](http://who.who.int) ›Région de l’Afrique

15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Organisation du système de santé au Mali / Etablissement de santé, planification sanitaire et système de référence fichiers [Internet]. 1990 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <http://fhf.fr/documents/1.-Système>
16. Direction Nationale de la santé. Plan stratégique de la santé bucco-dentaire du Mali 2004-2008 [Internet]. 2004 [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: [www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes\\_fondamentaux/Autres/pssj.pdf](http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/pssj.pdf)
17. Direction Nationale de la Santé. Plan stratégique de la santé bucco-dentaire du Mali 2017-2021. premier draft 2016; Disponible sur: DNS
18. AncelleT. Statistique Epidémiologie. 1ère éd. 2002;
19. Louis A. le renoncement aux soins buccodentaire : étude aux seins des consultations d'accueil santé urgences à Strasbourg [chirurgie dentaire]. [France]: université de Strasbourg; 2017.
20. GARE JW, KABORE WAD, SAWADOGO A, OUATTARA S , FALL Met al et al. Recours tardif aux soins bucco-dentaires en zone semi urbaine au burkina faso: connaissances et pratiques des populations sur la carie dentaire et ses complications. EDUCI. 2019;
21. Wenpoulomé A.D Kabore Carole D.W Ouédraogo, Ali Konaté, Rasmata G. Traoré et al. automédication au cours des affections bucco-dentaires à Ouagadougou. EDP Sciences. 2016;
22. A. S. T. Kane, DIALLO B, TOGO AK, DIARRA D, MAIGA AS, KAMISSOKO K , et al. Etat bucco-dentaire en milieu carcéral des détenus du centre de détention de Kangaba. Mali santé publique [Internet]. 2018;(1). Disponible sur: [www.revues.ml](http://www.revues.ml)
23. Ousseynou Diawara, Sidibé T.P, Ba B, Niang A, Ba M, Kané A. S. T et al. Prévalence des maladies dentaires et parodontales chez les élèves de Bamako. 2018; Disponible sur: [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org)
24. Organisation Mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire. 15 mars 2022 [cité 20 mai 2022]; Disponible sur: [www.who.int](http://www.who.int)
25. Caroline et al. Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. 2011;88.
26. Julie-Ghislaine S. renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier d'Abidjan en Côte d'Ivoire. 2021;285-93. Disponible sur: [www.cain.info/revenu-sante-publique-2021-2-285-htm](http://www.cain.info/revenu-sante-publique-2021-2-285-htm)
27. CETAF/FONDS CMU. Le non recours aux soins pour des raisons financières. 2011 2010;
28. F.H Javier et al. l'effet de la pauvreté sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Mexique; 2007.

# **ANNEXES**

## ANNEXES

### Fiche signalétique

**Nom** : COULIBALY

**Prénom** : Djénébou

**Adresse** : Sangarébouyou

**Tel** : 72-20-08-41

**Email** : [coulidjenebou43@gmail.com](mailto:coulidjenebou43@gmail.com)

**Titre de la Thèse** : Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires des populations de la commune I du district de Bamako.

**Secteur d'intérêt** : Santé publique, Commune I, populations.

**Pays d'origine** : Mali

**Ville** : Bamako

**Année de soutenance** : 2022

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

**Mots clés** : Non recours, soins bucco-dentaires, populations, commune I.

### Résumé :

#### Introduction :

Selon l'observatoire des non recours aux droits et services (Odenore) « la question du non recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas quelle qu'en soit la raison une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. (1). Peu d'étude ont été menées sur la question du non recours aux soins bucco-dentaires au Mali c'est pourquoi nous nous sommes proposés de mener l'étude dans la commune I.

#### Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur les raisons du non recours aux soins bucco-dentaires des populations de la commune I du district de Bamako qui a été effectuée sur une période de six mois allant du 01 Juin au 30 Novembre 2021. L'entretien individuel et le guide d'entretien ont été utilisés comme méthode et technique de collecte des données. Le logiciel SPSS version 25 et Excel a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données. Le test de Khi-carré de Pearson a été utilisé pour connaître le degré de signification.

**Résultats :**

Sur 300 personnes enquêtées 54,7% n'ont pas eu recours aux soins bucco-dentaires malgré que la majeure partie ait eu un problème bucco-dentaire soit 86% avec une fréquence élevée de la carie dentaire 78%. Ce travail nous a permis de connaître les obstacles liés au non recours aux soins bucco-dentaires qui sont entre autre : le recours à l'automédication 50%, 29,9% au tradithérapeute. 57,1%, le coût des soins bucco-dentaires 73,7%, nous avons trouvé un lien significatif en le revenu et le recours des soins. La distance n'est pas sortie comme un facteur de non recours parce que la plus part habitait à proximité soit d'un cabinet dentaire 17,1%, seuls 6,7% ont dit que c'était trop loin de leur résidence.

**Conclusion :**

Le non recours aux soins buccodentaires est un phénomène récurrent dans la commune I tant sur le plan sociodémographique que sur l'organisation du système de soins. Malgré le besoin éminent certaines personnes préféraient recourir à l'automédication ou à la tradithérapie à cause du coût des soins, du temps d'attente pour bénéficier des soins, du coût des médicaments prescrits.

**Mots clés :** Non recours, Soins bucco-dentaires, Populations, Commune I,

## Signaletic file

**Name:** COULIBALY

**First Name:** Djénébou

**Address:** Sangarebougou

**Phone:** 72-20-08-41

**Email:** couldjenebou43@gmail.com

**Title of the thesis:** Reasons for the non-use of oral care by the populations of commune I of the district of Bamako.

**Sector of interest:** Public health, Commune I, populations.

**Country of origin:** Mali

**City:** Bamako

**Year of defense:** 2022

**Place of deposit:** Library of the FMOS and the CHU-CNOS

**Keywords:** No-recourse, oral care, populations, municipality I.

**Summary :**

**Introduction :**

According to the observatory of non-recourse to rights and services (Odenore) “the question of non-recourse refers to any person who does not receive, for whatever reason, a benefit or service to which they could claim. (1). Few studies have been conducted on the issue of non-use of oral care in Mali, which is why we proposed to conduct the study in commune I.

**Methodology :**

This was a descriptive cross-sectional study on the reasons for the non-use of oral care by the populations of commune I of the district of Bamako which was carried out over a period of six months from June 01 to November 30, 2021. The individual interview and the interview guide were used as the data collection method and technique. SPSS version 25 and Excel software was used for data entry and analysis. Pearson's chi-square test was used to determine the degree of significance.

**Results :**

Out of 300 people surveyed, 54.7% did not use oral care despite the fact that most of them had an oral problem, 86% with a high frequency of dental caries 78%. This work allowed us to know the obstacles related to the non-use of oral care which are among others: the use of



self-medication 50%, 29.9% to the traditional therapist. 57.1%, the cost of oral care 73.7%, we found a significant link between income and the use of care. Distance did not come out as a non-recourse factor because most lived close to either a dental office 17.1%, only 6.7% said it was too far from their residence.

Conclusion :

The non-use of oral care is a recurrent phenomenon in commune I both socio-demographically and in terms of the organization of the healthcare system. Despite the eminent need, some people preferred to resort to self-medication or traditional therapy because of the cost of care, the waiting time to receive care, the cost of prescribed drugs.

Keywords: Non recourse, Oral care, Populations, Commune I,

## QUESTIONNAIRE

Date:.....

N° :.....

### 1. Caractéristiques Sociodémographiques

Age : Sexe : M • F •

Quartier : Sikoro • Banconi • Boulkassoumbougou •

Profession : Fonctionnaire • Commerçant • Ouvrier • Artisan • Autres •

Niveau d'instruction :

Non scolarisé • Primaire • Secondaire • Supérieur •

2. Avez-vous déjà eu un problème bucco-dentaire ? Oui • Non •

Si oui, lequel ?.....

Connaissez-vous quelques affections bucco-dentaires ? Oui • Non •

Si oui, lesquelles ?.....

3. Avez-vous eu recours aux soins bucco-dentaires ? Oui • Non •

4. Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires liées au système de soins :

Pensez-vous que les frais de consultation bucco-dentaire peuvent être un obstacle pour recourir ou non aux soins ? Obstacle • pas d'obstacle •

Pensez-vous que le coût des soins bucco-dentaires peut être un obstacle pour recourir ou non aux soins ? Obstacle • pas d'obstacle • Ne sais pas •

A Combien vous estimez le coût des soins bucco-dentaires ?

≤5 000f • 5000-10 000f • plus de 10000 f • Ne sait pas •

Quelle est votre appréciation par rapport aux coûts des soins bucco-dentaires

Acceptable • Cher • Très cher •

Aviez-vous une assurance maladie? Oui • Non •

AMO • SAHAM • Autres •

La possession d'une assurance peut-elle motiver pour recourir aux soins bucco-dentaires ?

Oui • Non •

Pensez-vous que le coût des médicaments prescrits peut être un obstacle pour recourir ou non aux soins ?    Oui •                      Non •

Quelle est votre appréciation sur les coûts des médicaments prescrits ?

Cher. •                      Pas cher •                      Acceptable •

A quelle distance êtes-vous du cabinet dentaire ?

..... Ne sait pas •

Pensez- vous que la distance qui sépare votre résidence de la structure dentaire peut être un obstacle pour recourir ou non aux soins ?    Oui •                      Non •

Comment apprécier vous cette distance ?

Loin •                      Pas loin •                      Trop loin •

5. Raisons du non recours aux soins bucco-dentaires liées à la personne.

Avez-vous peur des soins bucco-dentaires. ? Oui •                      Non •

Aviez-vous eu recours au :    Tradithérapeute •                      Automédication •                      T+A •  
Aucun •    Pourquoi ?.....

Quel est votre revenu mensuel ?

≤100 000f • ?    100 000-200 000F                      > 200 000f •    Ne sait pas •    Pas de revenu mensuel • Pensez-vous que votre revenu peut influencer le recours aux soins ?

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'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

**Je le jure !**