

# PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES UTILISATEURS DES DENTISTERIES PUBLIQUES DE MAHAJANGA I

---

**Auteurs :** Ratsiambakaina D\*, Rakotondrasoandraza D\*\*, Vavy ME\*\*\*, Rakoto Alson S\*\*\*\*, Rakotomanga JDM\*\*\*\*\*

*\*Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle – Ministère de la Santé Publique*

*\*\*Direction Régionale de la Santé Publique Boeny*

*\*\*\*Faculté de Médecine de Mahajanga*

*\*\*\*\*Département Parodontologie Institut d'Odonto Stomatologie Tropicale de Madagascar*

*\*\*\*\*\*Institut National de Santé Publique*

**Auteur correspondant :** Ratsiambakaina Diana

Chef de la Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle  
Ministère de la Santé Publique

**E-mail :** [dratsiambakaina@yahoo.fr](mailto:dratsiambakaina@yahoo.fr)

## Résumé

**But :** déterminer le profil épidémiologique des utilisateurs de services des établissements de soins bucco-dentaires publics de la Ville de Mahajanga.

**Matériels :** les rapports mensuels d'activité de consultations externes au niveau de 3 formations sanitaires publiques de Mahajanga I de l'année 2017 sont consultés.

**Résultats :** La population d'étude est répartie dans les 26 Fokontany de Mahajanga ville. La tranche d'âges de 25 ans et plus était la plus concernée soit 43,2%. Une prédominance féminine est relevée avec un sexe ratio de 0,57. Concernant le niveau d'instruction, les malades sont bien instruits, plus de la moitié, soit 55,5% ont effectué l'étude secondaire. Le temps total passé dans le service par le patient en tenant compte la durée d'attente moyenne et de la durée d'un soin moyenne ont duré 85 minutes. Une extraction de dents permanentes a été trouvée chez 36,5% des consultants, suivi des soins dentaires à 34% des cas. Le motif de consultation pour une extraction de dent de lait est retrouvé chez 7,2% des cas, et 3,4% des cas pour autre type de soins.

**Conclusion :** Le facteur statistiquement significatif associé au type de l'acte des malades était l'âge, par contre le niveau d'instruction n'est pas un facteur déterminant le type de l'acte des malades. Le véritable défi à relever pour garantir un accès équitable aux soins dentaire de la population constitue le retard de consultation des patients.

**Mots clés :** Soins bucco-dentaires – formation sanitaire publique – accès aux soins

## Abstract

**Purpose:** To determine the epidemiological profile of service users of dentistry facilities in Mahajanga

**Results :** 25 years and over represented the group the most concerned with 43.2%. A female predominance with a sex ratio of 0.57 was found. More than half, or 55.5% of the population have carried out the secondary study. The total time spent in the service by the patient taking into account the average waiting time and the duration of an average care is 85 minutes. 36.5% of patients had permanent tooth extraction, followed by dental care for 34% of cases. In 7,2% of the cases, they are addressed for extraction of milk teeth and in 3,4% of the cases for another care.

**Conclusion:** The statistically significant factor associated with the type of the act of the patients was the age on the other hand, the level of education is not a factor determining the type of the patient's act. The late access to healthcare remains challenge.

**Key words:** Oral care - public health facility - access

---

## INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire n'entre pas dans les priorités de santé pour une grande partie de la population. Les pathologies dentaires ne sont pas considérées comme présentant un caractère de gravité ou d'urgence et les liens avec la santé générale sont méconnus ou négligés [1]. Comme l'a affirmé l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé buccodentaire est un important aspect de la santé en général et elle conditionne la qualité de vie [2].

A Madagascar, les populations en zone rurale ont difficilement accès à des services de soins dentaires de qualité. Depuis 2005, un programme national de fluoruration du sel existe à Madagascar. Les dernières analyses des échantillons de sel iodé et fluoré commercialisés à

Madagascar sont réalisées en mars 2013 [3].

Pour réduire les inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire et de soins bucco-dentaires, le Brésil doit continuer à mettre en place un système engagé, fournir des soins bucco-dentaires gratuits au point de service [4].

Certains pays ont atteint une couverture quasi universelle des coûts des soins de santé pour un ensemble de services de base, dans d'autres des services tels que les médicaments et les soins bucco-dentaires s'avèrent partiellement couverts ou non et doivent être achetés séparément [5].

Par contre, il existe des pays où les soins de santé bucco-dentaires sont universels et financés par des fonds publics, mais les prestataires peuvent choisir de soins

publics-privés, souvent du même bureau et parfois du même patient [6].

L'absence de services dentaires préventifs entraîne souvent des traitements de santé bucco-dentaire plus coûteux [7]. D'où l'intérêt de cette étude : « Utilisation et coût direct des soins bucco-dentaires au niveau de la formation sanitaire publique de Mahajanga I », qui a pour objectif général de déterminer la disponibilité des

services, du matériel et des équipements dentaires dans les établissements de soins bucco-dentaires publics. Les objectifs spécifiques constituent de faciliter l'accessibilité aux soins buccodentaires pour toute la population, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables et de concevoir une nouvelle organisation de l'offre de soins bucco-dentaires du secteur public.

## METHODOLOGIE

Une étude rétrospective et descriptive, est effectuée sur des patients venus consulter au niveau des formations sanitaires publiques de Mahajanga I, pour les soins bucco-dentaires. Ont été inclus, les malades qui ont consultés pour des soins bucco-dentaires dans la formation sanitaire publique de Mahajanga I du Janvier 2016 au décembre 2016 avec des dossiers complets. Ont été exclus de notre étude : les malades qui n'ont pas été consultés pour des soins bucco-dentaires ; les

malades ne disposant pas de dossiers médicaux complets ; et les patients consultés hors de la période d'étude. Les paramètres étudiés représentent l'âge ; le genre ; la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession, la durée d'attente d'un patient, le type de l'acte et le tarif de l'acte. Un formulaire a été utilisé pour la collecte des données. Nous nous sommes limités à 3 centres de santé tirés au hasard pour mener l'étude.

## RESULTATS

L'étude a pu recenser 2943 patients venus consulter au niveau de la formation sanitaire publique de Mahajanga I, pour les soins bucco-dentaires. L'âge moyen est de

26,5 ans avec des extrêmes allant de 1 an à 62 ans. Il a été observé une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,57.

**Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients**

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>Nombre (N=2943)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Age</b>		
1 à 4 ans	61	2,1
5 à 14 ans	558	19
15 à 24 ans	1050	35,7
25 ans et plus	1274	43,2
<b>Genre</b>		
Masculin	1069	36,3
Féminin	1874	63,7
<b>Situation matrimoniale</b>		
Célibataire	987	33,5
Marié	1945	66,1
Veuf(ve)	11	
<b>Niveau d'instruction</b>		
Illettré	226	7,7
Primaire	814	27,6
Secondaire	1631	55,5
Universitaire	272	9,2
<b>Profession</b>		
Elève/étudiant	919	31,2
Ménagère	556	18,9
Commerçant	618	21
Salarié	339	11,5
Cultivateur	436	14,8
Sans profession	75	2,5

**Tableau III : Durée d'attente d'un patient**

<b>Durée d'attente</b>	<b>Nombre (N=2943)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Durée d'attente d'un patient</b>		
Moins de 15 min	180	6,1
16 à 30 min	629	21,4
31 à 60 min	1625	55,2
Plus de 60 min	509	17,3
<b>Durée d'un soin dentaire</b>		
Moins de 15 min	110	3,7
16 à 30 min	699	23,8
31 à 60 min	1825	62
Plus de 60 min	309	10,5

Durée moyenne d'attente d'un patient : 48,5 min

Durée moyenne d'un soin dentaire : 36,5 min

**Temps total passé dans le service (TT)**= Durée d'attente moyenne (DAM) + durée d'un soin moyenne (DSM)

TT= DAM + DSM = 48,5 min + 36,5 min = 85 min

**Tableau IIIII : Type de l'acte**

<b>Type de l'acte</b>	<b>Nombre (N=2943)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Extraction dents de lait	212	7,2
Extraction dents permanentes	1073	36,5
Obturations canalaires	264	9,0
Composite, verre ionomère, amalgame	909	30,9
Autres soins	100	3,4
Radiographie	58	2,0
Consultation non suivie d'acte	327	11,1
<b>Total</b>	<b>2943</b>	<b>100</b>

**Tableau IV : Tarif de l'acte et le lieu de traitement**

Actes	CHU Mahavoky		
	Atsimo (Ar)	CSB Mahabibo	CHU PZaGa
Obturation conservatrice	10 000	4 000	15 000
Extraction dent de lait	4 000	2 000	5 000
Extraction dent permanente	8 000	3 000	10 000
Verre ionomère	6 000	4 000	15 000
Composite	10 000	7 000	15 000
Amalgame	8 000	5 000	10 000
Radiographie	6 000	5 000	6 000

**Tableau V : Nom du cabinet dentaire et âge des patients**

Tranche d'âge	Nom du cabinet dentaire				Total
	Cabinet N°1 (Mahabibo)	Cabinet N°2 (Mahabibo)	CHU Mahavoky Atsimo	CHU PZaGa	
1 à 4 ans	20(46,5%)	13(30,2%)	8(18,6%)	2(4,7%)	43(100%)
5 à 14 ans	251(49,4%)	193(38%)	32(6,3%)	32(6,3%)	508(100%)
15 à 24 ans	602(57,8%)	244(23,4%)	24(2,3%)	172(16,5%)	1042(100%)
25 ans et plus	660(48,9%)	375(28,8%)	90(6,7%)	225(16,7%)	1350(100%)
<b>Total</b>	1533(52,1%)	825(28%)	154(5,2%)	431(14,6%)	2943(100%)

p=0,000

## DISCUSSION

La surveillance de la santé bucco-dentaire et l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire sont des éléments clés de la santé publique [8].

La tranche d'âges de 25 ans et plus était la plus concernée soit 43,2% avec une moyenne de 26,5 ans et des extrêmes allant de 1 an à 62 ans. Dans une étude menée par Etoundi et al, au Cameroun, la population était plus jeune, avec un âge moyen de 21,66 ans [9].

Le genre féminin prédominait, (63,7% des femmes contre 36,3% des hommes) avec un sexe ratio de 0,57. Les femmes semblent beaucoup plus sensibilisées que les hommes pour les soins bucco-dentaires. Cette donnée confirme les résultats des études menées au Liban [4] et en France [7]. L'explication de cette situation semble tenir du désir plus prononcé de la femme de plaire et de se savoir en bonne santé. Un des éléments pouvant contribuer à cet état est un sourire harmonieux, avec des dents bien structurées. Ainsi elles consultent en plus grand nombre, se font plus de détartrages et acceptent les soins conservateurs tout en refusant majoritairement les extractions dentaires [5]. Les hommes, en général très négligents, ne viennent en consultation que lorsque la douleur n'est plus maîtrisable

par les "calmants" qu'ils prennent sans prescriptions. Tout le temps passé à absorber ces « calmants » permet aux lésions carieuses d'évoluer. La douleur représente le facteur le plus motivant pour les hommes à consulter [8]. De nombreux auteurs ont confirmé cette prédominance féminine [2, 4, 7].

La plupart de nos interviewés étaient mariés (79,9%). Le résultat se rapprochait de celui de Debarre et al, en 2017, qui ont trouvé que près des trois quarts des patients interrogés sont mariés ou en couple, un quart sont célibataires, 9% divorcés et 5% veufs [10].

Concernant le niveau d'instruction, les malades sont instruits, plus de la moitié, soit 55,5% ont effectué l'étude secondaire, suivies par celles de niveau supérieur 9,2%. Les mêmes résultats ont été obtenus dans une étude réalisée par Ngapeth. Pour Etoundi et al, au Cameroun, 40,5% de la population étudiée étaient au niveau primaire, 40,7 % au niveau secondaire, 2,3% au niveau d'enseignement supérieur et 16,5% étaient sans niveau [11].

La répartition de nos malades selon leur profession a montré que 31,2% étaient des élèves/étudiants, 21% des commerçants, 18,9% des ménagères, 14,8% des cultivateurs et 11,5% des salariés. Ce

résultat est comparable à celui de Etoundi et al, au Cameroun, les étudiants constituent une couche importante 59%. Chez 18 patients (11,18%), ils sont dans le secteur informel [9].

Comme pour la question plus connue des listes d'attente pour les services hospitaliers publics, les services dentaires publics sont sous pression, ce qui a entraîné des files d'attente [5]. Nous avons constaté que 55,2% des patients avaient une durée d'attente de 30 à 60 minutes, avec une durée d'attente moyenne 36,5min.

Dans notre série, Le temps total passé dans le service par le patient en tenant compte la durée d'attente moyenne (48,5 min) et de la durée d'un soin moyenne (36,5 min) est de 85 minutes. La première conclusion est que le patient passerait plus de temps en attente qu'en soin. Cette constatation est faite également par Singh et al, un patient qui entre dans le service attend en moyenne 59 minutes avant de se faire soigner, ce qui représente 62,8% du temps total passé dans le cabinet. Le temps d'attente pour un patient après le soin a une moyenne de 35 minutes, soit plus d'un tiers du temps total. Un patient reste ainsi en moyenne 94 minutes dans le centre de cabinet dentaire, soit 1 heure 34 minutes [12].

Selon Kasusu KN et al, en Tanzanie, des nombreux établissements n'offrent pas de

services de restauration, tous offraient des services d'extraction de dents. Par conséquent, les extractions dentaires constituaient le traitement le plus courant. Le coût de tous les services dentaires était généralement élevé. Le coût des services est un déterminant important de l'utilisation des services de santé [13]. Dans notre série d'études, 36,5% des patients étaient faits une extraction de dents permanentes, viennent ensuite les soins dentaires pour 34% des cas (composite, verre iocromère, amalgame). Dans 7,2% des cas, on les adresse pour une extraction de dents de lait et dans 3,4% des cas pour un autre soin.

Cette étude a montré une différence de tarif de l'acte entre les 3 centres de traitement dentaire, le tarif appliqué au CSB Mahabibo était la plus abordable. L'extraction de dent permanente était 3 000 Ariary au CSB Mahabibo, 8 000 Ariary au CHU Mahavoky Atsimo et 10 000 Ariary au CHU PZaGa. Dans la littérature, le tarif de l'acte varie d'une étude à l'autre: A Madagascar, le coût de l'extraction dentaire est relativement bas, le faible accès aux soins bucco-dentaires entraîne un stade avancé de la maladie, ou encore le mode de pensée du malgache prône comme «seul et unique remède à une douleur dentaire était l'extraction», fait que cette dernière a la préférence [14]. Au Côte d'Ivoire, le coût des soins bucco-dentaires



variait de 5 F CFA (0,76 centimes) à 20000 F CFA (31€) avec une moyenne de 2725 F CFA (4,15 €). Le coût élevé des soins modernes était le principal reproche formulé à l'encontre des chirurgiens-dentistes (36,7 %), ensuite vient leur manque d'amabilité (15,5 %) [15]. En France, les tarifs des soins conservateurs n'étant pas rémunérés correctement (en fonction du temps passé et du plateau technique), les chirurgiens-dentistes « compensent » par des tarifs plus élevés pour les prothèses. Les dépassements d'honoraires représentent en moyenne 47% ; ils peuvent atteindre 62% des coûts de soins dans des grandes villes comme Paris [16].

La répartition des malades selon le nom du cabinet dentaire et l'âge montre que 57,8% des malades de 15 à 24 ans avaient fréquenté le CSI Mahabibo dans le cabinet N°1. Dans une autre série d'études menée par Debarre et al, en 2017, les patients des centres d'examens de santé sont en moyenne plus jeunes que les patients des autres structures: 40 ans et 8 mois contre 46 ans et 10 mois pour les autres structures. D'autre part, la structure par tranche d'âge montre que 45% des patients des centres d'examen de santé sont âgés de moins de 35 ans (vs 20% pour les autres structures) alors qu'ils sont 38% à avoir entre 46 à 65 ans (vs 56%) [10].

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, les barrières qui empêchent la population malgache d'accéder aux soins endodontiques sont d'origine diverse. Néanmoins elles ne sont pas infranchissables et il est nécessaire de les connaître pour mieux les contourner et apporter des solutions. La contribution des pouvoirs publics serait ainsi de pourvoir à une révision en baisse des prix des matériels et des matériaux dentaires par un

allègement des taxes, voire par une détaxation. Le problème financier demeure le véritable défi à relever pour garantir un accès équitable aux soins à la population. Cependant, la prise en compte des caractéristiques sociodémographiques des usagers est la boussole qui conduira à la définition des stratégies et politiques les mieux adaptées.

## REFERENCES

- 1- Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. OMS Bulletin de santé 2003 ;3-37.
- 2- Reifsnider E, Mobley C et Mendez DB. La santé buccodentaire. J Can Dent Assoc 2012 ;75(6) :3-32.
- 3- Brodeur JM. La santé buccodentaire en Estrie. Bulletin Vision Santé Publique 2014 ;11(1) :1-7.
- 4- Neumann DG et Quinonez C. Une analyse comparative des systèmes de santé bucco-dentaire dans le États-Unis, Royaume-Uni, France, Canada et Brésil. J Santé publique 2014 ;102(11) :69-76.
- 5- Guay AH. Accès aux soins dentaires : la triade des facteurs essentiels de programmes d'accès aux soins. J American Dental Association 2006 ;137(1) :801-806.
- 6- Boyle S. Santé bucco-dentaire politiques au Brésil. Recherche orale brésilienne 2011 ;23(1) :9-16.
- 7- Sharon SC, Connolly IM et Murphree KR. L'impact économique de la prévention d'hygiène dentaire. Journal of Dental Hygiene 2005 ;79(1) :2-46.
- 8- Druo JP, Nancy J, Muller M, Baillon-Javon E et D'orignac G. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Infant Oral Health Pediatr Dent 2000 ;22(1):47-48.
- 9- Etoundi MN, Itoua ES, Obounou A et Alma JA. Etude clinique des complications infectieuses dentaires et parodontaires observées à l'hôpital central de Yaoundé, à propos de 161 cas. Odonto-Stomatologie Tropicale 2001 ;93(1) :5-7.
- 10- Debarre J, Bouffard B, Giraud J et Robin S. Etat de santé bucco-dentaire des adultes de Poitou-Charentes. 2017 :11-39. Disponible sur [www.ors-poitou-charentes.org](http://www.ors-poitou-charentes.org) (Consulté le 13 Novembre 2018).
- 11- Ngapeth-Etoundi M et Ekoto E. Projet pilote d'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaire au Cameroun. Odonto-Stomatologie Tropicale 2001 ;94(1) :23-31.
- 12- Singh H, Kabbarah A et Singhal S. Résumé de preuves pertinentes : Impact de la sensibilisation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire sur le comportement des enfants. Santé Publique Ontario 2017 ;2(3):2-12.
- 13- Kasusu KN, Lahti SM et Tuominen RJ. Coût relatif des patients et disponibilité des services, du matériel et des équipements dentaires dans les établissements de soins bucco-dentaires publics en Tanzanie. BMC Oral Health 2015 ; 15(1) :1-74.

- 14-** Rasoamananjara JA et perspectives. *Developingdentistry* 2004 ;5(1) :1-7.
- Rasolofomanana R. Maladies chroniques et attitude des chirurgiens-dentistes à Madagascar. *Med Trop* 2008 ;68 :519-522.
- 15-** Ranivoharilanto E. Santé bucco-dentaire à Madagascar : Etat des lieux et
- 16-** Tessier S, Cohen F et Azogui-Lévy S. Principes généraux de prévention en santé bucco-dentaire. *La Santé de l'homme* 2012 ; 417(1) : 5-27.

## LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ADF	: Association Dentaire Française
DAM	: Durée d'Attente Moyenne
DSM	: Durée d'un Soins Moyenne
DSP	: Direction de la Santé Publique
FDI	: Fédération Dentaire Internationale
NSE	: Niveau Socioéconomique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
TT	: Temps total passé dans le service