

**CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES PATIENTS  
REHABILITES PAR PROTHESE AMOVIBLE : ETUDE PILOTE DANS UN  
DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE AU SENEGAL**

**Auteurs**

GUEYE M,  
MBODJ EB,  
DIENG L,  
THIOUNE N,  
TOURE A,  
SECK MT

**Service**

Service de Prothèse,  
Département d'Odontologie,  
Université Cheikh Anta Diop  
de Dakar, Sénégal

**Correspondance**

Dr Mactar GUEYE.  
BP 15539 Dakar-Fann,  
Sénégal.  
E-mail : « makhoul@  
wanadoo.fr »

**RESUME**

La prévalence de la réhabilitation prothétique est faible dans les pays en développement. L'objectif de ce travail était d'évaluer les facteurs sociaux, professionnels et économiques qui caractérisent les patients traités par prothèse amovible au Département d'Odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. L'étude descriptive transversale portait sur des patients réhabilités par prothèse amovible entre 2008 et 2011. Le recrutement était exhaustif à partir des dossiers des patients. L'échantillon était constitué de 51 patients dont 41 de sexe masculin (80,4 %). La moyenne d'âge était de 60,1 ans. Parmi les patients, 68,6 % étaient mariés, 78,4 % résidaient en banlieue, 15,7 % n'avaient pas fait d'étude et 56,9 % étaient des retraités. L'accessibilité de la réhabilitation prothétique passe par la mise en place d'un système de santé performant et équitable et d'une politique adéquate d'éducation des patients.

**Mots-clés :** Prothèse amovible, Pays en Développement, Précarité, Accessibilité, Facteurs socio-économiques

**SUMMARY**

*The prevalence of prosthetic rehabilitation is weak in the developing countries. This study aimed to evaluate the social, professional and economic factors which characterize patients treated by removable prosthesis in the Department of Odontology of the University Cheikh Anta Diop (Dakar). This transversal descriptive study related to patients rehabilitated by removable prosthesis between 2008 and 2011. Recruitment was exhaustive starting from the patients' files. The sample consisted of 51 patients including 80.4 % of men. The average age was 60.1 years. Among the patients, 68.6 % were married, 78.4 % were living in suburbs, 15.7 % were not educated and 56.9 % were pensioners. A powerful and equitable health care system and an adequate strategy of patients' information would be the clue to make the prosthetic rehabilitation accessible.*

**Keywords:** Removable prosthesis, Developing countries, Precariousness, Accessibility, Socio-economic factors

## INTRODUCTION

Dans plusieurs pays en développement, la prévention au sens strict est déficiente et l'accès aux structures de soins bucco-dentaires souvent limité. Les praticiens interviennent alors tardivement par l'extraction dentaire. L'édentement qui en résulte, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et parmi les classes sociales les plus défavorisées, devient un problème de santé publique [5,23]. La réhabilitation prothétique dentaire s'avère alors nécessaire. Elle contribue, par le biais du rétablissement de la santé orale, à améliorer la qualité de vie des patients édentés [16,20]. Cependant, sa distribution et sa prévalence sont faibles dans les pays en développement, du fait d'une interrelation complexe entre les facteurs culturels et socio-économiques influençant l'accessibilité aux soins bucco-dentaires [23].

L'une des étapes clés du processus de planification de l'offre de soins de santé orale est la collecte de données statistiques de la population prétendant à une réhabilitation prothétique. Ces informations donnent un aperçu des possibilités financières et économiques de consommation de soins prothétiques.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les facteurs sociaux, professionnels et économiques qui caractérisent les patients traités par prothèse amovible au Département d'Odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée entre Juillet et Août 2012 dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie. La collecte des données était exhaustive à l'issue d'un recrutement effectué à partir des dossiers des patients réhabilités par prothèse amovible. Ont été inclus dans l'étude les patients volontaires et consentants des deux sexes, portant une prothèse amovible partielle (PAP) ou complète (PAC), provisoire ou d'usage, réalisée entre 2008 et 2011 par des étudiants de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années.

Les patients incapables de répondre aux questions ou de communiquer clairement n'ont pas participé à l'étude. Un seul opérateur s'est chargé de l'enquête qui s'est faite à l'aide d'un questionnaire et d'un examen clinique. Les variables observées étaient des facteurs généraux (âge, sexe, situation matrimoniale, activité professionnelle, lieu de résidence, niveau d'étude) et des facteurs locaux (type de prothèse, étendue et type d'édentement, état des muqueuses d'appui). L'analyse statistique a utilisé le logiciel SPSS version 3,5. Le risque d'erreur a été fixé à 5 %.

## RESULTATS

Sur les 115 dossiers de patients traités par prothèse amovible initialement répertoriés, 51 ont été retenus pour l'enquête, soit un taux de rappel de 44,3 %. Parmi les 64 patients non enquêtés, 2 n'ont pas utilisé leurs prothèses, 3 les avaient perdues, les autres n'ont pu être joints au téléphone ou n'ont pas accepté de participer à l'étude. L'échantillon était constitué de 51 patients dont 41 de sexe masculin (80,4 %) et 10 de sexe féminin (19,6 %), d'où le sex-ratio de 4,1. La moyenne d'âge était de 60,1 ans avec un écart-type de 10,06 et les sujets âgés de 60 ans et plus constituaient 56,9 %. L'âge maximum était de 82 ans. Dans l'échantillon, 68,6 % étaient mariés et 11,8 % divorcés (tableau I). Les habitants de la banlieue dakaroise représentaient 78,4 %. Parmi les patients, 7,8 % avaient un niveau universitaire et 15,7 % n'avaient pas fait d'étude (tableau II). Les retraités constituaient 56,9 % (tableau III).

**Tableau I :** Répartition de la population selon la situation matrimoniale

| Situation matrimoniale | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|-----------|-------------|
| Marié                  | 35        | 68,6        |
| Divorcé                | 6         | 11,8        |
| Veuf                   | 4         | 7,8         |
| Célibataire            | 4         | 11,8        |
| <b>Total</b>           | <b>51</b> | <b>100</b>  |

**Tableau II :** Répartition de la population selon le niveau d'étude

| Niveau d'étude | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| Primaire       | 14        | 27,5        |
| Secondaire     | 25        | 49          |
| Universitaire  | 4         | 7,8         |
| Aucun          | 8         | 15,7        |
| <b>Total</b>   | <b>51</b> | <b>100</b>  |

**Tableau III :** Répartition de la population selon l'activité professionnelle

| Activité professionnelle | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Avec                     | 14        | 27,5        |
| Sans                     | 8         | 15,7        |
| Retraité                 | 29        | 56,9        |
| <b>Total</b>             | <b>51</b> | <b>100</b>  |

Les PAC étaient portées par 62,7 % de l'échantillon et les prothèses d'usage représentaient 82,3 % (tableau IV). La totalité des prothèses étaient de conception simple et les dents montées en résine. Le nombre de dents remplacées était supérieur à 8 pour 70,5 % des patients (tableau V). Les édentements terminaux uni ou bilatéraux représentaient 33,3 % (tableau VI). La muqueuse d'appui était saine pour 80,4 % de l'échantillon. Il n'existait pas de corrélation significative entre les facteurs généraux et les facteurs locaux observés.

**Tableau IV :** Répartition de l'échantillon selon le type de prothèse amovible

| Type de prothèse   | D'usage   | Provisoire | Total     |
|--------------------|-----------|------------|-----------|
| Prothèse complète  | 32        | 0          | 32        |
| Prothèse partielle | 10        | 9          | 19        |
| <b>Total</b>       | <b>42</b> | <b>9</b>   | <b>51</b> |

**Tableau V :** Répartition de la population selon le nombre de dents remplacées

| Dents remplacées | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|-----------|-------------|
| 1 à 4            | 5         | 9,8         |
| 5 à 8            | 10        | 19,6        |
| 9 à 12           | 4         | 7,8         |
| Toutes           | 32        | 62,7        |
| <b>Total</b>     | <b>51</b> | <b>100</b>  |

**Tableau VI :** Répartition de la population selon le type d'édentement

| Edentement   | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Antérieur    | 2         | 4           |
| Postérieur   | 17        | 33,3        |
| Complet      | 32        | 62,7        |
| <b>Total</b> | <b>51</b> | <b>100</b>  |

## DISCUSSION

La faiblesse de l'échantillon peut constituer une limite pour cette étude. La taille de l'échantillon peut se justifier par des coordonnées téléphoniques incomplètes de certains patients, l'indisponibilité d'autres compte tenu de leur éloignement géographique ou de l'absence de motivation à participer à l'enquête. En effet, près du quart de l'échantillon habite en banlieue avec des revenus faibles ou absents. Tout de même, le taux de rappel est comparable à ceux rapportés par d'autres études [17,27].

Le sex-ratio détermine une forte prédominance masculine. Ce résultat ne reflète pas les tendances démographiques observées dans certaines études [4,16]. La faible prévalence des femmes pourrait s'expliquer par le fait que certaines n'ont pas pu répondre à la convocation à cause de leurs occupations ménagères vu que l'enquête s'est déroulée dans le mois de Ramadan.

La moyenne d'âge est proche des résultats retrouvés dans différents travaux [10,16,18,21,23] dont les conclusions stipulent que l'édentement et le port de prothèse sont plus fréquents chez les personnes âgées. Le vieillissement de la population associé à l'augmentation de l'espérance de vie expliquerait cet état de fait [1].

Les patients appartenant au groupe des retraités sont plus représentés. Ces résultats s'expliquent par le fait que l'échantillon a un âge moyen de 60,1 ans alors que le départ à la retraite se fait à 60 ans au plus dans la fonction publique. La faible proportion des patients sans activité professionnelle pourrait être liée aux conditions socio-économiques difficiles et précaires et au faible pouvoir d'achat qui font que les populations n'ont pas de moyens financiers suffisants pour prendre en charge le coût des traitements prothétiques [9,11]. La prévalence élevée des patients à faibles revenus (retraités et chômeurs) et le niveau d'étude très bas confirment la précarité économique de la majorité de l'échantillon. De plus, les déterminants socioculturels tels que le faible niveau d'instruction et les mauvaises conditions de vie sont associés à un risque élevé de pathologies bucco-dentaires responsables des édentements [23]. Or, l'accessibilité aux soins dentaires demeure une difficulté récurrente pour les catégories sociales défavorisées dans la plupart des pays en développement [13,24,25]. Il en est de même dans la plupart des pays subsahariens où les systèmes de santé n'ont pas toujours favorisé le droit équitable des populations aux soins bucco-dentaires du fait surtout des difficultés financières. C'est ainsi qu'au Sénégal, la prise en charge de certains types de traitements coûteux comme la prothèse dentaire reste toujours problématique [11,12].

La prévalence élevée des édentements complets est en rapport avec la tendance des services odontologiques à privilégier l'extraction des dents défectueuses au détriment des soins conservateurs coûteux. Cette option thérapeutique radicale

est justifiée par une convergence de facteurs socio-économiques parmi lesquels la consultation tardive des patients, la faible densité professionnelle dentaire, la déficience du plateau technique des structures de soins et la rareté des ressources financières [11,12,15,19]. En effet, des études [2,25] ont trouvé une corrélation positive entre les revenus financiers des populations et la consommation de soins dentaires.

Il apparaît que près de la moitié des édentements partiels sont compensés par des prothèses provisoires en résine dites prothèses amovibles partielles transitoires (PAPT). De plus, les édentements terminaux (classe I ou classe II de Kennedy-Applegate) concernent le tiers de l'échantillon. Ces prothèses sont caractérisées par leur qualité biomécanique médiocre liée à une sustentation déficiente et à une absence de rétention postérieure [6]. L'instabilité qui en résulte peut être responsable d'un port inconfortable, d'un déséquilibre occlusal et à long terme d'une résorption osseuse importante. Par ailleurs, Vanzeveren [27] rapporte que les édentements terminaux font le plus l'objet d'échecs prothétiques, à type de renouvellement de PAP ou de remplacement par PAC, qui occasionnent alors des dépenses supplémentaires. Compte tenu de l'insuffisance de leurs ressources financières, les patients ne peuvent pas prétendre à des restaurations de qualité (châssis métallique, prothèse supra-radulaire, prothèse supra-implantaire, prothèse fixée plurale) aptes à répartir de manière équilibrée la charge occlusale sur les surfaces d'appui. Ils se contentent alors des PAPT dont le coût est peu élevé [6,8,9,11,27]. Dès lors, une autre explication de la prépondérance des PAC peut résider dans l'évolution des édentements partiels en édentements totaux du fait des conséquences iatrogènes des PAPT portées plus longtemps que prévu, voire parfois à titre définitif.

Par ailleurs, les dents montées sur les prothèses amovibles sont exclusivement en résine. Leur préférence aux dents en

porcelaine est liée à des motifs économiques comme leur coût deux fois moins élevé et leur plus grande disponibilité sur le marché [21]. Cependant, elles ne possèdent pas la résistance à l'abrasion et à l'usure nécessaire à la préservation des relations intermaxillaires [3]. Il s'en suit des conséquences défavorables sur l'équilibre occlusal et les fonctions de phonation et de mastication pouvant conduire à moyen ou long terme à un renouvellement des prothèses responsable de nouvelles charges financières.

Les lésions muqueuses sous-prothétiques sont corrélables avec le manque d'informations sur l'entretien des prothèses et des tissus d'appui [3,7,14,26]. Ce constat est corroboré par le faible niveau d'instruction observé dans près de la moitié de l'échantillon. A l'hygiène insuffisante s'ajoute la dégradation des résines (porosité de la plaque base et usure des dents) prédisposant aux lésions des tissus de soutien qu'il ne faudrait pas associer à une allergie ou une intolérance de prothèses [3,22].

## CONCLUSION

La réhabilitation prothétique de qualité reste problématique pour les patients vivant dans des conditions socio-économiques précaires. Pour rendre les soins de prothèse plus accessibles, il importe d'améliorer l'information des patients, de mettre en place un système de santé équitable et de favoriser une politique de subvention ou prise en charge des actes prothétiques.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ABDELKOUÏ A, FAJRI L, ABEDINE A. Racines naturelles et implants au service de l'équilibre prothétique en prothèse amovible complète. *Cah Proth* 2012; 159:51-59.
- 2- AKINBOBOYE B, AZODO C, SOROYE M. Edentement partiel et besoins prothétiques non-satisfaits chez l'adulte jeune au Nigéria. *Odonto-Stomatol Trop* 2014; 145:47-52.
- 3- BRAUD A, BERTERETCHE MV. Suivi clinique et maintenance des prothèses amovibles complètes. *Cah Proth* 2014; 166:35-45.
- 4- CAYREL C, BRAUD A, HUE O. Etude de l'évolution à court terme de la satisfaction après l'insertion de prothèses amovibles partielles. *Strat Proth* 2011; 11(1):63-69.
- 5- CHAWDARI R, CHAWDARI N. Need of implant dentistry at undergraduate dental curriculum in Indian dental colleges. *Indian J Dent Res* 2011; 22:436-9.
- 6- FOUILLOUX I, BEGIN M. Conception des châssis de prothèse amovible partielle: principes biomécaniques. *Cah Proth* 2010; 152:5-11.
- 7- GENDREAU L, LOEWY ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20:251-60.
- 8- GUEYE M, DIENG L, MBODJ EB et al. Evaluation de l'accessibilité de la prothèse implantaire dans un pays en développement. *Dakar Med* 2013; 58(1):35-40.
- 9- KUMAR A, VIRDI M, VEERESHA K, BANSAL V. Oral health status and treatment needs of rural population of Ambala, Haryana, India. *Internet J Epidemiol* 2009; 8:2.
- 10- KUO HC, YANG YH, LAI SK, YAP SF, HO PS. Association between health related quality of life and prosthetic status and prosthetic needs in Taiwanese adults. *J Oral Rehabil* 2009; 36(3):217-25.
- 11- LO CMM, CISSE D, DIOUF M et al. Les dépenses en soins bucco-dentaires des populations sénégalaises. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2011; 18(1): 25-28.
- 12- LO CMM, CISSE D, DIOUF M et al. Prise en charge de la prothèse dentaire par les mutuelles de santé de la région de Dakar. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2011; 18(4):23-26.
- 13- LO CMM, CISSE D, FAYE D et al. Accessibilité financière des soins bucco-dentaires aux populations du département de Thiès. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2009; 16(3):41-45.
- 14- MANDALI G, SENER ID, TURKER SB, ULGEN H. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Gerodontology* 2011; 28:97-103.
- 15- MBODJ EB, DIOUF M, NDIAYE A, NDIAYE C, SECK MT, DIALLO PD. La réhabilitation prothétique: évaluation des besoins dans les cabinets dentaires du Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot* 2011; 104(2):355-6.

- 16- MBODJ EB, NDIAYE C, SECK MT et al. Impact du port de prothèse sur la qualité de vie. *Dakar Med* 2010; 55(1):13-16.
- 17- MBODJ EB, SCHITTLY E, NDJIEUNDE TCHOUAMENI GC, DIENG L. Analyse du taux de survie des prothèses amovibles partielles réalisées dans le département d'odontologie de Dakar. *Cah Proth* 2013; 163:65-69.
- 18- MELILLI D, MATRANGA D, CASSARO A, PIZZO G. Edentulousness and prosthetic treatment needs in a sample of the adult inhabitants of Palermo. *Ann Ig* 2010; 22(1):69-81.
- 19- MENDOMO EYA'ANE EM, BENGONTOURE E, ELONG NGONO G, TOHAM KAMDEM A. La pauvreté et l'ignorance : les causes des consultations tardives en Odonto-Stomatologie au CHU de Yaoundé. *Odonto-Stomatol Trop* 2001; 94:11-14.
- 20- NARBY B, KRONSTRÖM M, SÖDERFELDT B, PALMQVIST S. Prosthodontics and the patient. Part 2: Need becoming demand, demand becoming utilization. *Int J Prosthodont* 2007; 20(2):183-9.
- 21- NDINDIN AC, MBODJI EB, DJÉRÉDOU KB, N'CHO KJC, ASSI KD. Contribution à l'évolution des prothèses adjuvantes complètes réalisées au Centre de consultations et de traitements odonto-stomatologiques d'Abidjan. *Rev Sen Odontol Stomatol Chir Maxillo-Fac* 2010; 7(1):18-23.
- 22- POMPIGNOLI M, RAUX D, DOUKHAN JY. Doléances du patient totalement édenté appareillé. *Cah Proth* 2012; 159:21-41.
- 23- SHAH VR, SHAH DN, PARMAR CH. Prosthetic status and prosthetic need among the patients attending various dental institutes of Ahmedabad and Gandhinagar District, Gujarat. *J Indian Prosthodont Soc* 2012; 12(3):161-7.
- 24- SHIGLI K, HEBBAL M, ANGADI GS. Prosthetic status and treatment needs among patients attending the prosthodontic department in a dental institute in India. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2009; 17(2):85-89.
- 25- TEÓFILO LT, LELES CR. Patients' self-perceived impacts and prosthodontic needs at the time and after tooth loss. *Braz Dent J* 2007; 18(2):91-96.
- 26- TURKER SB, SENER ID, KOÇAK A, YILMAZ S, OZKAN YK. Factors triggering the oral mucosal lesions by complete dentures. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51:100-4.
- 27- VANZEVEVEREN C, D'HOORE W, BERCY P, LELOUP G. Peut-on considérer la prothèse amovible comme une restauration prothétique fiable ? *Strat Proth* 2002; 2(1):7-12.