|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**  ***Paix – Travail – Patrie***  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **UNIVERSITE DE YAOUNDE I**  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES**  **DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE** |  | **REPUBLIC OF CAMEROON**  ***Peace – Work – Fatherland***  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **MINISTRY OF HIGHER EDUCATION**  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I**  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES**  **DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH** |

Analyse du Renoncement aux Soins Bucco-dentaires face aux Inégalités sociales des patients à Yaoundé : cas de l’hôpital EPC Djoungolo

Thèse rédigée en vue de l’obtention du doctorat en médecine buccodentaire par :

**MONEMVOM MBELE Brice Jordan**

**Matricule n°17M190**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Directeur**  **Pr ESSI Marie-José**  *Professeure titulaire*  Anthropologie médicale |  | **Co-directeur(s)**  **Dr NOKAM ABENA Marie Elvire**  *Chargé de Cours*  Chirurgie buccale et maxillo-faciale  **Dr NJOUMEMI Zakariaou**  *Chargé de Cours*  Economie de la Santé |

**Année académique 2023-2024**

PRELIMINAIRES

TABLE DES MATIERES

PRELIMINAIRES i

TABLE DES MATIERES ii

DÉDICACE iv

REMERCIEMENTS v

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT vii

LISTE DES TABLEAUX xxi

LISTE DES FIGURES xxii

LISTE DES ANNEXES xxiii

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES xxiv

RÉSUMÉ xxv

ABSTRACT xxvi

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE 4

I.1. JUSTIFICATION 5

I.2. QUESTION DE LA RECHERCHE 5

I.3. HYPOTHESE 5

I.4. OBJECTIFS 5

I.5. LISTE DES VARIABLES 5

I.6. DÉFINITIONS OPERATIONNELLES 6

I.7. INTERET DE LA RECHERCHE 6

I.8. CADRE THEORIQUE 6

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE 7

II.1. DES MALADIES BUCCODENTAIRES 8

II.2. DES SOINS BUCCODENTAIRES 15

II.3. DES INEGALITES SOCIALES EN SANTE 16

CHAPITRE III : METHODOLOGIE 20

III.1. TYPE D’ETUDE 21

III.2. SITE 21

III.3. DUREE DE L’ETUDE 21

III.4. POPULATION D’ETUDE 21

III.5. PROCEDURE 22

CHAPITRE IV : RESULTATS 23

IV.1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION 24

IV.2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES 25

IV.3. PROFIL PATHOLOGIQUE 26

IV.4. RENONCEMENT AUX SOINS BUCCODENTAIRES 28

IV.5. MOTIFS DU RENONCEMENT AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES 30

IV.6. DETERMINANTS ECONOMIQUES AU RENONCEMENT 32

CHAPITRE V : DISCUSSION 35

V.1. LIMITES DE L’ETUDE 36

V.2. PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS 36

V.3. MOTIFS DU RENONCEMENT AUX SOINS 37

V.4. DETERMINANTS DE LA COUVERTURE SANITAIRE 37

V.5. PROFIL DU RENONCEMENT AUX SOINS BUCCODENTAIRES A YAOUNDE 39

CONCLUSION 41

RECOMMENDATIONS 43

REFERENCES 45

ANNEXES xxviii

DÉDICACE

**A mes chers parents**

**MBELE Clotaire**

**Et**

**MENGUE Lucienne Arlette épouse MBELE !**

REMERCIEMENTS

Au bon Dieu, à qui je dois tout et qui m’a permis de parvenir à ce niveau d’étude.

A mon Directeur de thèse, le Pr ESSI Marie-José, pour avoir accepté de diriger ma thèse, d’y avoir accordé de l’importance et de m’avoir accompagné contre vents et marées. De plus, vos conseils, et votre rigueur me poussaient sans cesse à me surpasser. Merci pour votre patience, je vous en serai toujours gré.

A mes Co-directeurs

Au Dr NOKAM ABENA Elvire, merci pour le constant soutien et l’encadrement depuis première année. De par mon expérience en tant que délégué de promotion, vous m’avez énormément appris autant sur le coté académique que sur la gestion des hommes. Merci infini.

Au Dr NJOUMEMI Zakariaou, merci pour votre encadrement et votre constante disposition à faire avancer le travail de rechercher.

Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, au corps enseignant et au personnel administratif de ladite faculté pour les cours dispensés avec soin, pour la disponibilité et l’écoute de nos soucis tout au long de notre parcours ; ainsi que les mesures prises pour faire de nous de meilleurs médecins.

Au Professeur BENGONDO MESSANGA Charles, responsable de la filière médecine buccodentaire et principal acteur dans sa création, et son introduction en faculté de médecine. D’avoir porté ce projet sans lequel notre belle profession n’existerait tout simplement pas dans nos murs.

Aux membres du jury, pour vos ajouts, remarques et questions, vous m’avez permis de maîtriser encore plus les contours de mon sujet. Recevez ma profonde gratitude.

Au médecin chef du cabinet dentaire de l’EPC de Djoungolo pour l’autorisation de recherche qui ont facilité la collecte de données, ainsi que tout le personnel de cette formation sanitaire pour leur encadrement.

Au Professeur ESSAMA ENO BELINGA, aux Docteurs, LOWE Michèle , BOUDA, ABEDE Adeline, SINDJE epse ATANGANA pour l’encadrement apporté durant ma formation.

Au Professeur ETOUNDI ELOUNDOU Gilles et Mme EYINGA Cosette

A mes frères et sœurs : MBONGA MBELE Frédérique, Commissaire ATEBA André, MONEMVOM Olivier, ETO Paule, LEFFE Romeo, M & Mme NGAMBY Geiph Roger, MBOU’OU Fabiola, BEAT II Yvan et tous les autres pour les prières élevées à mon endroit, l’affection, le soutien moral et financier que vous m’avez toujours octroyé.

A M. et Mme. BEAT. .

A mes cousins et cousines pour les bons moments passés.

A mes oncles et tantes pour les conseils et les encouragements.

A tantine Peryl, Madeleine et Suzanne qui ont pris soin de moi depuis mon enfance.

A M. & Mme. BEDJABO de m’avoir encouragé à donner le meilleur de moi.

A Mme. Veuve KINGUE Félicité.

Aux grandes familles MONEMVOM et BOTCHEMBO pour les encouragements et les conseils.

A mes ainés les Docteurs NGA EYEBE Liliana, MANGA Parfait, BISSOG Joseph, ELOMO NGUELE Andy William pour leurs accompagnements et leurs précieux conseils.

A la 49e promotion toutes filières confondues, tout spécialement pour votre amitié, ces moments faits de hauts et de bas que nous avons traversés ensemble. Merci pour vos encouragements et d’avoir rendu mon parcours a Ndjong-Melen inoubliable.

A mes promotionnaires TAMO FODJOUN Irene, BOUBA Balkissou, MBEKE Gilles, NGANKONG Yvan, EBOLO Jennifer, MBARGA Randy, NGONO Lucrece, YOUMBI Chanella, ETAPA NGAH, Lauren KOTTI, BALEBA Jean Marc, FOTSO Esaie, ABBO Serange, MBOSSO William, SEMGA Samuel et tous les autres avec qui nous avons préparé toutes les évaluations et tissé de forts liens d’amitié.

A tous mes cadets en particulier AWONDO ENYEGUE Denise Eva pour leur soutien et leur disponibilité.

A M. Trésor Devalois NWOULA TOMI.

A mes amis : DJACQUISSOM Abelardo, DJIMEN Maxime, Angela, KOKI Luka, ZE Marcel, MVONDO Steve, MBEM Daryl, BOMO BELINGA Tanya, KEPGANG Innocento.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT

**1. PERSONNEL ADMINISTRATIF**

**Doyen :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques** : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

**Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération** : Pr ZEH Odile Fernande

**Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants** : Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

**Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche** : Dr VOUNDI VOUNDI Esther

**Chef de la Division Administrative et Financière** : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

**Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation :** Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

**Chef de Service Financier :** Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

**Chef de Service Adjoint Financier :** Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

**Chef de Service de l’Administration Générale et du Personnel** : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

**Chef de Service des Diplômes :** Mme ASSAKO Anne DOOBA

**Chef de Service Adjoint des Diplômes :** Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

**Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques :** Mme BIENZA Aline

**Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques :** Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

**Chef de Service du Matériel et de la Maintenance :** Mme HAWA OUMAROU

**Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance:** Dr MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO

**Bibliothécaire en Chef par intérim :** Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

**Comptable Matières** : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

**2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES**

**Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire** : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

**Coordonnateur de la Filière Pharmacie :** Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

**Coordonnateur Filière Internat :** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique** : Pr SANDO Zacharie

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation** : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale** : Pr NGO NONGA Bernadette

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique** : Pr DOHBIT Julius SAMA

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne:** Pr NGANDEU Madeleine

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie** : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique** : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale**: Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique** : Pr TAKOUGANG Innocent

**Coordonnateur de la formation Continue :** Pr KASIA Jean Marie

**Point focal projet** **:** Pr NGOUPAYO Joseph

**Responsable Pédagogique CESSI** : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

**3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS**

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

**4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB**

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

**5. PERSONNEL ENSEIGNANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMS ET PRENOMS** | **GRADE** | **DISCIPLINE** |
| **DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES** | | | |
| 1 | **SOSSO Maurice Aurélien (CD)** | P | Chirurgie Générale |
| 2 | DJIENTCHEU Vincent de Paul | P | Neurochirurgie |
| 3 | **ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)** | P | Chirurgie Générale |
| 4 | HANDY EONE Daniel | P | Chirurgie Orthopédique |
| 5 | MOUAFO TAMBO Faustin | P | Chirurgie Pédiatrique |
| 6 | NGO NONGA Bernadette | P | Chirurgie Générale |
| 7 | NGOWE NGOWE Marcellin | P | Chirurgie Générale |
| 8 | OWONO ETOUNDI Paul | P | Anesthésie-Réanimation |
| 9 | ZE MINKANDE Jacqueline | P | Anesthésie-Réanimation |
| 10 | BAHEBECK Jean | MCA | Chirurgie Orthopédique |
| 11 | BANG GUY Aristide | MCA | Chirurgie Générale |
| 12 | BENGONO BENGONO Roddy Stéphan | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 13 | FARIKOU Ibrahima | MCA | Chirurgie Orthopédique |
| 14 | JEMEA Bonaventure | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 15 | BEYIHA Gérard | MC | Anesthésie-Réanimation |
| 16 | EYENGA Victor Claude | MC | Chirurgie/Neurochirurgie |
| 17 | GUIFO Marc Leroy | MC | Chirurgie Générale |
| 18 | NGO YAMBEN Marie Ange | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 19 | TSIAGADIGI Jean Gustave | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 20 | BELLO FIGUIM | MA | Neurochirurgie |
| 21 | BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 22 | FONKOUE Loïc | MA | Chirurgie Orthopédique |
| 23 | KONA NGONDO François Stéphane | MA | Anesthésie-Réanimation |
| 24 | MBOUCHE Landry Oriole | MA | Urologie |
| 25 | MEKEME MEKEME Junior Barthelemy | MA | Urologie |
| 26 | MULUEM Olivier Kennedy | MA | Orthopédie-Traumatologie |
| 27 | SAVOM Eric Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 28 | AHANDA ASSIGA | CC | Chirurgie Générale |
| 29 | AMENGLE Albert Ludovic | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 30 | BIKONO ATANGANA Ernestine Renée | CC | Neurochirurgie |
| 31 | BWELE Georges | CC | Chirurgie Générale |
| 32 | EPOUPA NGALLE Frantz Guy | CC | Urologie |
| 33 | FOUDA Jean Cédrick | CC | Urologie |
| 34 | IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO’O NKOUMOU | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 35 | MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel | CC | Chirurgie Orthopédique |
| 36 | NDIKONTAR KWINJI Raymond | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 37 | NWAHA MAKON Axel Stéphane | CC | Urologie |
| 38 | NYANIT BOB Dorcas | CC | Chirurgie Pédiatrique |
| 39 | OUMAROU HAMAN NASSOUROU | CC | Neurochirurgie |
| 40 | ARROYE BETOU Fabrice Stéphane | AS | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| 41 | ELA BELLA Amos Jean-Marie | AS | Chirurgie Thoracique |
| 42 | FOLA KOPONG Olivier | AS | Chirurgie |
| 43 | FOSSI KAMGA GACELLE | AS | Chirurgie Pédiatrique |
| 44 | GOUAG | AS | Anesthésie Réanimation |
| 45 | MBELE Richard II | AS | Chirurgie Thoracique |
| 46 | MFOUAPON EWANE Hervé Blaise | AS | Neurochirurgie |
| 47 | NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings | AS | Anesthésie-Réanimation |
| 48 | NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand | AS | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| **DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES** | | | |
| 49 | **SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)** | P | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 50 | ANKOUANE ANDOULO | P | Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie |
| 51 | ASHUNTANTANG Gloria Enow | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 52 | BISSEK Anne Cécile | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 53 | KAZE FOLEFACK François | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 54 | KUATE TEGUEU Calixte | P | Médecine Interne/Neurologie |
| 55 | KOUOTOU Emmanuel Armand | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 56 | MBANYA Jean Claude | P | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 57 | NDJITOYAP NDAM Elie Claude | P | Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie |
| 58 | NDOM Paul | P | Médecine Interne/Oncologie |
| 59 | NJAMNSHI Alfred KONGNYU | P | Médecine Interne/Neurologie |
| 60 | NJOYA OUDOU | P | Médecine Interne/Gastro-Entérologie |
| 61 | SOBNGWI Eugène | P | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 62 | PEFURA YONE Eric Walter | P | Médecine Interne/Pneumologie |
| 63 | BOOMBHI Jérôme | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 64 | FOUDA MENYE Hermine Danielle | MCA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 65 | HAMADOU BA | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 66 | MENANGA Alain Patrick | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 67 | NGANOU Chris Nadège | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 68 | KOWO Mathurin Pierre | MC | Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie |
| 69 | KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 70 | NDONGO AMOUGOU Sylvie | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 71 | DEHAYEM YEFOU Mesmin | MA | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 72 | ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG | MA | Médecine Interne/Oncologie Médicale |
| 73 | ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude | MA | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 74 | MAÏMOUNA MAHAMAT | MA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 75 | MASSONGO MASSONGO | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 76 | MBONDA CHIMI Paul-Cédric | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 77 | NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson | MA | Médecine Interne/Gastroentérologie |
| 78 | NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle | MA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 79 | NGAH KOMO Elisabeth | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 80 | NGARKA Léonard | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 81 | NKORO OMBEDE Grâce Anita | MA | Médecine Interne/Dermatologue |
| 82 | OWONO NGABEDE Amalia Ariane | MA | Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle |
| 83 | NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE | MA | Médecine Interne/Gériatrie |
| 84 | ATENGUENA OBALEMBA Etienne | CC | Médecine Interne/Cancérologie Médicale |
| 85 | FOJO TALONGONG Baudelaire | CC | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 86 | KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |
| 87 | MENDANE MEKOBE Francine épouse EKOBENA | CC | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 88 | MINTOM MEDJO Pierre Didier | CC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 89 | NTONE ENYIME Félicien | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |
| 90 | NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH | CC | Médecine Interne/Néphrologie |
| 91 | ANABA MELINGUI Victor Yves | AS | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 92 | EBENE MANON Guillaume | AS | Médecine Interne/Cardiologie |
| 93 | ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël | AS | Médecine Interne/Néphrologie |
| 94 | KUABAN Alain | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 95 | NKECK Jan René | AS | Médecine Interne |
| 96 | NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 97 | NTYO’O NKOUMOU Arnaud Laurel | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 98 | TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola | AS | Médecine Interne/Psychiatrie |
| **DEPARTEMENT D’IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE** | | | |
| 99 | **ZEH Odile Fernande (CD)** | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 100 | GUEGANG GOUJOU. Emilienne | P | Imagerie Médicale/Neuroradiologie |
| 101 | MOIFO Boniface | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 102 | ONGOLO ZOGO Pierre | MCA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 103 | SAMBA Odette NGANO | MC | Biophysique/Physique Médicale |
| 104 | MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA | MA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 105 | MEKA’H MAPENYA Ruth-Rosine | MA | Radiothérapie |
| 106 | NWATSOCK Joseph Francis | CC | Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire |
| 107 | SEME ENGOUMOU Ambroise Merci | CC | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 108 | ABO’O MELOM Adèle Tatiana | AS | Radiologie et Imagerie Médicale |
| **DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE** | | | |
| 109 | **NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)** | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 110 | FOUMANE Pascal | P | Gynécologie Obstétrique |
| 111 | KASIA Jean Marie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 112 | KEMFANG NGOWA Jean Dupont | P | Gynécologie Obstétrique |
| 113 | MBOUDOU Émile | P | Gynécologie Obstétrique |
| 114 | MBU ENOW Robinson | P | Gynécologie Obstétrique |
| 115 | NKWABONG Elie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 116 | TEBEU Pierre Marie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 117 | BELINGA Etienne | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 118 | ESSIBEN Félix | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 119 | FOUEDJIO Jeanne Hortence | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 120 | NOA NDOUA Claude Cyrille | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 121 | DOHBIT Julius SAMA | MC | Gynécologie Obstétrique |
| 122 | MVE KOH Valère Salomon | MC | Gynécologie Obstétrique |
| 123 | METOGO NTSAMA Junie Annick | MA | Gynécologie Obstétrique |
| 124 | MBOUA BATOUM Véronique Sophie | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 125 | MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 126 | NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 127 | NYADA Serge Robert | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 128 | TOMPEEN Isidore | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 129 | EBONG Cliford EBONTANE | AS | Gynécologie Obstétrique |
| 130 | MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO | AS | Gynécologie Obstétrique |
| 131 | NGONO AKAM Marga Vanina | AS | Gynécologie Obstétrique |
| **DEPARTEMENT D’OPHTALMOLOGIE, D’ORL ET DE STOMATOLOGIE** | | | |
| 132 | **DJOMOU François (CD)** | P | ORL |
| 133 | EBANA MVOGO Côme | P | Ophtalmologie |
| 134 | ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE | P | Ophtalmologie |
| 135 | KAGMENI Gilles | P | Ophtalmologie |
| 136 | NDJOLO Alexis | P | ORL |
| 137 | NJOCK Richard | P | ORL |
| 138 | OMGBWA EBALE André | P | Ophtalmologie |
| 139 | BILLONG Yannick | MCA | Ophtalmologie |
| 140 | DOHVOMA Andin Viola | MCA | Ophtalmologie |
| 141 | EBANA MVOGO Stève Robert | MCA | Ophtalmologie |
| 142 | KOKI Godefroy | MCA | Ophtalmologie |
| 143 | MINDJA EKO David | MC | ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 144 | NGABA Olive | MC | ORL |
| 145 | ANDJOCK NKOUO Yves Christian | MA | ORL |
| 146 | MEVA’A BIOUELE Roger Christian | MA | ORL-CCF |
| 147 | MOSSUS Yannick | MA | ORL-CCF |
| 148 | MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline | MA | Ophtalmologie |
| 149 | NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL | MA | ORL-CCF |
| 150 | NOMO Arlette Francine | MA | Ophtalmologie |
| 151 | AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie | CC | Ophtalmologie |
| 152 | ASMAOU BOUBA Dalil | CC | ORL |
| 153 | ATANGA Léonel Christophe | CC | ORL-CCF |
| 154 | BOLA SIAFA Antoine | CC | ORL |
| 155 | NANFACK NGOUNE Chantal | CC | Ophtalmologie |
| **DEPARTEMENT DE PEDIATRIE** | | | |
| 156 | **ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)** | P | Pédiatrie |
| 157 | KOKI NDOMBO Paul | P | Pédiatre |
| 158 | ABENA OBAMA Marie Thérèse | P | Pédiatrie |
| 159 | CHIABI Andreas | P | Pédiatrie |
| 160 | CHELO David | P | Pédiatrie |
| 161 | MAH Evelyn | P | Pédiatrie |
| 162 | NGUEFACK Séraphin | P | Pédiatrie |
| 163 | NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée | P | Pédiatrie |
| 164 | NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP | MCA | Pédiatrie |
| 165 | KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU | MC | Pédiatrie |
| 166 | MBASSI AWA Hubert Désiré | MC | Pédiatrie |
| 167 | NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING | MC | Pédiatrie |
| 168 | EPEE épouse NGOUE Jeannette | MA | Pédiatrie |
| 169 | KAGO TAGUE Daniel Armand | MA | Pédiatrie |
| 170 | MEGUIEZE Claude-Audrey | MA | Pédiatrie |
| 171 | MEKONE NKWELE Isabelle | MA | Pédiatre |
| 172 | TONY NENGOM Jocelyn | MA | Pédiatrie |
| **DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES** | | | |
| 173 | **MBOPI KEOU François-Xavier (CD)** | P | Bactériologie/ Virologie |
| 174 | ADIOGO Dieudonné | P | Microbiologie/Virologie |
| 175 | GONSU née KAMGA Hortense | P | Bactériologie |
| 176 | LUMA Henry | P | Bactériologie/ Virologie |
| 177 | MBANYA Dora | P | Hématologie |
| 178 | OKOMO ASSOUMOU Marie Claire | P | Bactériologie/ Virologie |
| 179 | TAYOU TAGNY Claude | P | Microbiologie/Hématologie |
| 180 | CHETCHA CHEMEGNI Bernard | MC | Microbiologie/Hématologie |
| 181 | LYONGA Emilia ENJEMA | MC | Microbiologie Médicale |
| 182 | TOUKAM Michel | MC | Microbiologie |
| 183 | NGANDO Laure épouse MOUDOUTE | MA | Parasitologie |
| 184 | BEYALA Frédérique | CC | Maladies Infectieuses |
| 185 | BOUM II YAP | CC | Microbiologie |
| 186 | ESSOMBA Réné Ghislain | CC | Immunologie |
| 187 | MEDI SIKE Christiane Ingrid | CC | Maladies infectieuses |
| 188 | NGOGANG Marie Paule | CC | Biologie Clinique |
| 189 | NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA | CC | Hématologie |
| 190 | VOUNDI VOUNDI Esther | CC | Virologie |
| 191 | ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA | AS | Biologie Clinique /Hématologie |
| 192 | Georges MONDINDE IKOMEY | AS | Immunologie |
| 193 | MBOUYAP Pretty Rosereine | AS | Virologie |
| **DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE** | | | |
| 194 | **KAMGNO Joseph (CD)** | P | Santé Publique /Epidémiologie |
| 195 | ESSI Marie José | P | Santé Publique/Anthropologie Médicale |
| 196 | TAKOUGANG Innocent | P | Santé Publique |
| 197 | BEDIANG Georges Wylfred | MCA | Informatique Médicale/Santé Publique |
| 198 | BILLONG Serges Clotaire | MC | Santé Publique |
| 199 | NGUEFACK TSAGUE | MC | Santé Publique /Biostatistiques |
| 200 | EYEBE EYEBE Serge Bertrand | CC | Santé Publique/Epidémiologie |
| 201 | KEMBE ASSAH Félix | CC | Epidémiologie |
| 202 | KWEDI JIPPE Anne Sylvie | CC | Epidémiologie |
| 203 | MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO | CC | Expert en Promotion de la Santé |
| 204 | NJOUMEMI ZAKARIAOU | CC | Santé Publique/Economie de la Santé |
| 205 | ABBA-KABIR Haamit-Mahamat | AS | Pharmacien |
| 206 | AMANI ADIDJA | AS | Santé Publique |
| 207 | ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia | AS | Santé Publique |
| 208 | MBA MAADJHOU Berjauline Camille | AS | Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle |
| **DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE** | | | |
| 209 | **MENDIMI NKODO Joseph (CD)** | MC | Anatomie Pathologie |
| 210 | SANDO Zacharie | P | Anatomie Pathologie |
| 211 | BISSOU MAHOP Josue | MC | Médecine de Sport |
| 212 | KABEYENE OKONO Angèle Clarisse | MC | Histologie/Embryologie |
| 213 | AKABA Désiré | MC | Anatomie Humaine |
| 214 | NSEME ETOUCKEY Georges Eric | MC | Médecine Légale |
| 215 | NGONGANG Gilbert FranK Olivier | MA | Médecine Légale |
| 216 | MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU | CC | Anatomopathologie |
| 217 | ESSAME Eric Fabrice | AS | Anatomopathologie |
| **DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE** | | | |
| 218 | **NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)** | P | Biologie Moléculaire |
| 219 | PIEME Constant Anatole | P | Biochimie |
| 220 | AMA MOOR Vicky Joceline | P | Biologie Clinique/Biochimie |
| 221 | EUSTACE BONGHAN BERINYUY | CC | Biochimie |
| 222 | GUEWO FOKENG Magellan | CC | Biochimie |
| 223 | MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid | AS | Biochimie |
| **DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE** | | | |
| 224 | **ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)** | P | Physiologie |
| 225 | ASSOMO NDEMBA Peguy Brice | MC | Physiologie |
| 226 | AZABJI KENFACK Marcel | CC | Physiologie |
| 227 | DZUDIE TAMDJA Anastase | CC | Physiologie |
| 228 | EBELL’A DALLE Ernest Remy Hervé | CC | Physiologie humaine |
| **DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE** | | | |
| 229 | **NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)** | MC | Pharmaco-thérapeutique africaine |
| 230 | NDIKUM Valentine | CC | Pharmacologie |
| 231 | ONDOUA NGUELE Marc Olivier | AS | Pharmacologie |
| **DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE** | | | |
| 232 | **BENGONDO MESSANGA Charles (CD)** | P | Stomatologie |
| 233 | EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard | MA | Stomatologie et Chirurgie |
| 234 | LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE | CC | Odontologie Pédiatrique |
| 235 | MBEDE NGA MVONDO Rose | CC | Médecine Bucco-dentaire |
| 236 | MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense | CC | Odontologie Pédiatrique |
| 237 | NDJOH Jules Julien | CC | Chirurgien Dentiste |
| 238 | NOKAM TAGUEMNE M.E. | CC | Stomatologie et Chirurgie Orale |
| 239 | GAMGNE GUIADEM Catherine M | AS | Chirurgie Dentaire |
| 240 | KWEDI Karl Guy Grégoire | AS | Chirurgie Bucco-Dentaire |
| 241 | NIBEYE Yannick Carine Brice | AS | Bactériologie |
| 242 | NKOLO TOLO Francis Daniel | AS | Chirurgie Bucco-Dentaire |
| **DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE** | | | |
| 243 | **NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)** | P | Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique |
| 244 | NGAMENI Bathélémy | P | Phytochimie/ Chimie Organique |
| 245 | NGOUPAYO Joseph | P | Phytochimie/Pharmacognosie |
| 246 | GUEDJE Nicole Marie | MC | Ethnopharmacologie/Biologie végétale |
| 247 | BAYAGA Hervé Narcisse | AS | Pharmacie |
| **DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE** | | | |
| 248 | **ZINGUE Stéphane (CD)** | MC |  |
| 249 | FOKUNANG Charles | P | Biologie Moléculaire |
| 250 | TEMBE Estella épse FOKUNANG | MC | Pharmacologie Clinique |
| 251 | ANGO Yves Patrick | AS | Chimie des substances naturelles |
| 252 | NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM | AS | Neuropharmacologie |
| **DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE** | | | |
| 253 | **NNANGA NGA Emmanuel (CD)** | P | Pharmacie Galénique |
| 254 | MBOLE Jeanne Mauricette épse MVONDO M. | CC | Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments |
| 255 | NYANGONO NDONGO Martin | CC | Pharmacie |
| 256 | SOPPO LOBE Charlotte Vanessa | CC | Contrôle qualité médicaments |
| 257 | ABA’A Marthe Dereine | AS | Analyse du Médicament |
| 258 | FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle | AS | Pharmacologie |
| 259 | MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH | AS | Réglementation Pharmaceutique |

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT DE GENÈVE



*Au moment de l’admission comme membre de la profession médicale,*

*« Je m’engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de l’humanité.*

*Je réserverai à mes maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dus.*

*J’exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.*

*Je garderai les secrets qui me sont confiés.*

*Je sauverai par tous les moyens possibles, l’honneur et la noble tradition de la profession médicale.*

*Je ne permettrai pas que les considérations d’ordre religieux, national, racial, politique ou social aillent à l’encontre de mon devoir vis-à-vis du malade.*

*Mes collègues seront mes frères. Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès sa conception.*

*Même sous des menaces, je n’utiliserai point mes connaissances médicales contre les lois de l’humanité.*

*Je m’engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à garder à garder scrupuleusement ces promesses »*

LISTE DES TABLEAUX

[**Tableau I :** Stades d’évolution de la parodontite. 11](#_Toc169091389)

[**Tableau II :**Grades de la parodontite. 11](#_Toc169091390)

[**Tableau III :**Répartition des données sociodémographiques 25](#_Toc169091391)

[**Tableau IV :**Répartition des affections bucco-dentaires diagnostiquées 26](#_Toc169091392)

[**Tableau V :**Répartition des soins prescrits 27](#_Toc169091393)

[**Tableau VI :**Répartition du renoncement en fonction des données sociodémographiques….. 28](#_Toc169091394)

[**Tableau VII :** Profil du renoncement aux différents soins buccodentaires 29](#_Toc169091395)

[**Tableau VIII :**Distribution des motifs de renoncement avec les données sociodémographiques 31](#_Toc169091396)

[**Tableau IX :**Répartition des soins payés par rapport à ceux prescrits 33](#_Toc169091397)

LISTE DES FIGURES

[**Figure 1 :**Schéma de Keyes modifié par Newbrun **(**Reisine et Douglass, 1998) 8](#_Toc169091556)

[**Figure 2 :**Schématisation des 3 sites de cariosusceptibilité et des stades de carie selon SISTA (Source : EMC) 9](#_Toc169091557)

[**Figure 3 :**Classification de Kennedy-Applegate (Source : Abrégé en prothèse adjointe partielle)…. 13](#_Toc169091558)

[**Figure 4 :**Taux de renoncement aux soins fonction de score de précarité 19](#_Toc169091559)

[**Figure 5 :**Flux de recrutement de la population 24](#_Toc169091560)

[**Figure 6 :**Répartition des motifs de renoncement 30](#_Toc169091561)

[**Figure 7 :**Répartition des moyens de financement des soins 32](#_Toc169091562)

[**Figure 8 :**Affiliation aux réseaux de soutien social 34](#_Toc169091563)

LISTE DES ANNEXES

[**Annexe 1 :** Clairance Ethique xxix](#_Toc169091697)

[**Annexe 2 :** Autorisation de recherche Hopital EPC Djoungolo xxx](#_Toc169091698)

[**Annexe 3 :** FICHE D’INFORMATION xxxi](#_Toc169091699)

[**Annexe 4 :** Demande d'autorisation de recherche xxxii](#_Toc169091700)

[**Annexe 5 :** CONSENTEMENT ECLAIRE xxxiii](#_Toc169091701)

[**Annexe 6 :** Chronogramme xxxiv](#_Toc169091702)

[**Annexe 7 :** Budget estimatif xxxv](#_Toc169091703)

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES

**CAO :** Carié Absente Obturé

**CHUY :** Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

**CIER :** Comité Institutionnel d’Ethique et de Recherche

**CNAMTS :** Caisse Nationale de l’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CNPS :** Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

**CSU :** Couverture Santé Universelle

**FMSB :** Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

**FOSA :** Formation Sanitaire

**MSA :** Mutuelle Sociale Agricole

**RSI :** Régime Social des Indépendants

**SIDA :** Syndrome d’Immuno-Déficience Acquis

RÉSUMÉ

**Introduction** : Le renoncement aux soins se définit par des situations dans lesquelles des personnes n’engagent pas ou interrompent une démarche de soins, alors même qu’elles en perçoivent le besoin, que ce besoin soit médicalement avéré ou non. On parle de renoncement aux soins lorsqu’une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait. Ce renoncement est intimement liée à la situation sociale des patients.

**Objectif**: Analyser le renoncement aux soins buccodentaires dans la ville de Yaoundé.

**Méthodologie** : Une étude transversale descriptive a été menée à Yaoundé, au sein du cabinet dentaire de l’hôpital EPC Djoungolo. La collecte des données s’est faite du 02 Février au 30 Avril 2024, à l’aide d’une fiche technique constituée de 24 questions, administrée aux patients venus en consultation et consentants. Les données étaient analysées à l’aide du logiciel informatique de statistique IBM® SPSS® version 24, avec une présentation des résultats sous forme tableaux et graphiques. La mesure d’indépendance des variables était effectuée pour un intervalle de confiance de 95% et une marge d’erreur α de 5%.

**Résultats :** Le sex-ratio des patients était de 0,76 avec une moyenne d’âge de 23,6 ans. Le taux global de renoncement aux soins buccodentaires était de 47,5%. Parmi ceux ayant renoncés à au-moins un soin, on observe une prédominance féminine à 58,3% avec les célibataires représenté 56,3%. S’agissant des différents soins bucco-dentaires, l’étude a révélé un taux de renoncement (par ordre décroissant) aux obturations coronaires chiffré à 64,2% ; pour les détartrages à 42,3% ; pour les soins prothétiques à 39,4%. En ce qui concerne les motifs de renoncement à ces soins, 94,7% des patients ayant renoncés ont évoqués pour cause de renoncement les couts élevés. A contrario, l’étude a montré un taux de financement élevé pour l’exodontie et celui des soins endodontiques étaient tous deux chiffré à 94,1% et 85,02% respectivement. Le financement des soins a été fait à 70,2% par paiement direct.

**Conclusion :** A l’issue de l’analyse, il est affirmé que le renoncement aux soins buccodentaires est lié au niveau social en prenant en compte des facteurs comme le revenu mensuel, la profession ou encore le statut matrimonial, le motif principal de renoncement étant de raisons financières

**Mots clés :** Renoncement aux soins ; inégalités sociales ; soins buccodentaires ; Yaoundé

ABSTRACT

**Introduction** : Healthcare renunciation is defined as situations in which people do not seek or interrupt care, even though they perceive a need for it, whether or not this need is medically proven. The term « healthcare renunciationl » refers to people who do not use healthcare services when their state of health requires them to do so. This is closely linked to patients' social situation.

**Objective** : To analyse oral health care renunciation in Yaoundé.

**Methodology** : A descriptive cross-sectional study was conducted in Yaoundé, in the dental service of the EPC Djoungolo hospital. Data were collected between February 2nd and April 30th 2024, using a 24-question data sheet administered to consenting patients. Data were analysed using IBM®️ SPSS®️ version 24 statistical software, with results presented in tabular and graphical form. Variable independence was measured for a confidence interval of 95% and a margin of error of 5%.

**Results** : The sex ratio of patients was 0.76, with an average age of 23.6 years. The overall oral health care refusal rate was 47.5%. Of those who had refused at least one treatment, 58.3% were women and 56.3% were single. With regard to the various types of oral health care

The study revealed a rate of refusal (in descending order) for coronary fillings of 64.2%, for scaling of 42.3% and for prosthetic care of 39.4%. As for the reasons for foregoing these treatments, 94.7% of patients who gave up cited high costs as the reason. In contrast, the study showed a high rate of financing for exodontics and endodontic care, at 94.1% and 85.02% respectively. Direct payment was used to finance 70.2% of the treatment.

**Conclusion** : At the end of the analysis, it is affirmed that the renunciation of oral health care is linked to social level by taking into account factors such as monthly income, profession or marital status, the main reason for renunciation being financial reasons.

**Key words** : Renunciation of healthcare; social inequalities; oral healthcare; Yaoundé

INTRODUCTION

Le renoncement aux soins se définit par des situations dans lesquelles des personnes n’engagent pas ou interrompent une démarche de soins, alors même qu’elles en perçoivent le besoin, que ce besoin soit médicalement avéré ou non. On parle de renoncement aux soins lorsqu’une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait [1]. Les soins buccodentaires sont définis comme tout acte médico-chirurgical qui vise à la rémission complète d’une pathologie bucco-dentaire [2].

En 2022, 3,5 milliards de personnes souffriraient des maladies bucco-dentaires [3]. Néanmoins, l’accès aux soins reste un problème majeur de santé publique. L’accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit [3]. Les causes de ce renoncement sont variées et intimement liées aux inégalités sociales.

En France en 2007, 7% de la population a renoncé à consulter un dentiste et 10% ont renoncés au soins dentaires [4], et ce malgré le contexte de sécurité sociale. Toujours en France en 2008, le renoncement aux soins pour raisons financières concernait, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire, se concentrant sur les soins dentaires et dans une moindre mesure l’optique et les consultations du médecin [5].

En Afrique Sub-Saharienne également, le manque de ressources financières constitue un obstacle majeur à l’accès aux soins [6], et par conséquent un facteur influençant le renoncement aux soins. En Tanzanie en l’occurrence, nous observons une baisse du taux de fréquentation des services dentaires de l’ordre de 33% depuis l’instauration du système de paiement à l’acte qui un système dans lequel le patient paye directement pour les soins réalisés auprès du médecin [5]. D’autres raisons au renoncement aux soins ont également été énoncées. Selon une étude menée en 2009, la peur des soins bucco-dentaires, une longue distance entre le domicile des patients et les services de soins, ou encore ne pas mesurer l’ampleur de la pathologie sont d’autres raisons qui peuvent pousser des patients à renoncer aux soins bucco-dentaires [7].

Au Cameroun, les dépenses totales de santé sont supportées à environ 70,6 par les ménages, 14,4% par le gouvernement, 7,1% par les entreprises et 7,9% par les partenaires techniques et financiers [8]. Néanmoins en 2023, le Ministre de la Santé Publique du Cameroun a présidé le lancement de la Couverture Santé Universelle, mais nous ne retrouvons aucun soin bucco-dentaire dans le panier des soins couverts. A la suite de ces évènements, il nous a semblé pertinent d’analyser le profil de renoncement aux soins buccodentaires face aux inégalités des patients dans la ville de Yaoundé.

# PROBLEMATIQUE

## JUSTIFICATION

La carie dentaire étant classée quatrième fléau par l’OMS[9] et voyant plusieurs patients en cabinet lors de nos différents stages hospitaliers, nous avons pu observer un grand nombre renonçant aux différents soins pour plusieurs raisons et privilégiant le soulagement à la guérison complète. Couplé à cela la récente mise en marche de la Couverture Santé Universelle au Cameroun, dans laquelle aucun soin bucco-dentaire n’y figure dans le panier de soins couverts, il nous semble pertinent d’analyser le profil de renoncement aux soins buccodentaires face aux inégalités des patients dans l’hôpital EPC Djoungolo de Yaoundé.

## QUESTION DE LA RECHERCHE

Quel est le profil du renoncement aux soins buccodentaires dans le cabinet dentaire de l’hôpital EPC Djoungolo ?

## HYPOTHESE

Un taux de renoncement aux soins chiffré à plus de 60% est observé chez les populations dite vulnérables et n’ayant aucune couverture sanitaire, avec pour principale raison les finances insuffisantes

## OBJECTIFS

### Objectif général

Analyser le profil du renoncement aux soins buccodentaires par les patients vus en consultation dans les cabinets dentaires de la ville de Yaoundé.

### Objectifs spécifiques

1. Déterminer le taux de renoncement aux soins buccodentaires ;
2. Identifier les principaux motifs de ce renoncement aux soins ;
3. Evaluer les déterminants du renoncement en fonction de la couverture sanitaire des patients.

## LISTE DES VARIABLES

* **Profil sociodémographique** : âge, sexe, aire culturelle, situation matrimoniale, religion, niveau d’instruction, profession, secteur d’activité, revenu mensuel, nombre de personnes à charge, type de foyer, couverture sanitaire
* **Motifs de renoncement** : raisons financières, peur, croyances, accès aux soins
* **Déterminants de couverture sanitaire** : revenu mensuel, emploi, secteur d’activité
* **Attentes :** MINSANTE, ordre national des chirurgiens-dentistes, directeurs des structures de soins.

## DÉFINITIONS OPERATIONNELLES

* **Accès aux soins :** capacité des personnes à recevoir des soins quand ils en ont besoins et au bon endroit.
* **Assurance maladie** : dispositif chargé d’assurer un individu face aux risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu’un revenu minimal lorsque l’affection prive la personne de travail.
* **Couverture santé universelle** : politique d’assurance généralement géré par l’état qui s’occupe d’assurer un acces aux soins de qualité à ses citoyens.
* **Inégalités sociales** : distribution inegale des ressources au sein d’une communauté.
* **Patient assuré** : toute personne affilée à une assurance.
* **Patient non-assuré :** toute personne qui ne beneficie pas d’une assurance maladie.
* **Renoncement aux soins** : fait de non-recours aux soins et besoins de santé non satisfaits.

## INTERET DE LA RECHERCHE

Les résultats obtenus permettront d’avoir des données fiables en vue d’éclairer la décision sur les politiques sociales liées à la prise en charge patients buccodentaire.

## CADRE THEORIQUE

L’étude est à cheval entre l’odontostomatologie et l’économie de la santé en santé publique.

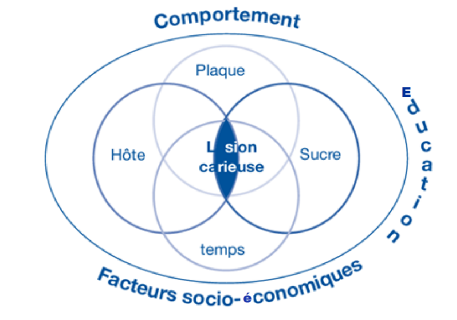
# REVUE DE LA LITTERATURE

## DES MALADIES BUCCODENTAIRES

Les MBD sont des affections chroniques non transmissibles, localisées au niveau de la bouche, des dents, et pouvant avoir des conséquences négatives. Elles constituent un problème de santé mondial, avec une préoccupation quant-à leur prévalence sans cesse croissante dans les pays en voie de développement [10]. Elles font partie de maladies les plus répandues dans le monde car, d’après l’étude sur la charge mondiale de morbidité en 2019 (*GBD*), ces affections touchent près de 3,5 milliards de personnes dans le monde, les plus fréquentes étant les caries des dents définitives, les maladies parodontales sévères et l’édentement [10,11]. Dans la région africaine de l’OMS, plus de 480 millions de personnes souffrent de MBD [12].

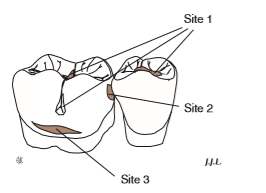
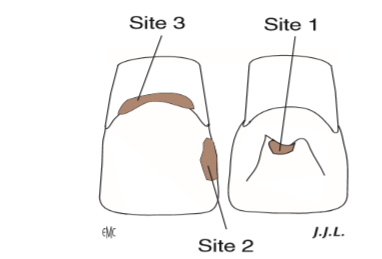
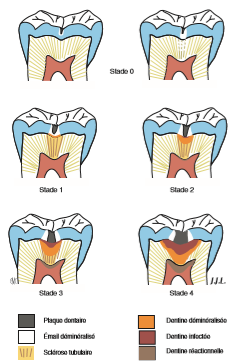
### Pathologie carieuse

Il s’agit d’une maladie infectieuse, d’étiologie multifactorielle, caractérisée par la destruction localisée des tissus durs dentaires (émail, dentine, cément) par les acides issus de la fermentation bactérienne des sucres [13]. En 2020, selon le GBD, ces pathologies étaient le problème de santé le plus prévalent, touchant 35%de la population mondiale [10], dont 60 à 90% des enfants et des adultes en Afrique [14]. A ce jour 98% de Camerounais souffrent d’infections buccodentaires, selon les données publiées par l’association nationale des chirurgiens-dentistes du Cameroun [15]. Concernant son étiologie, la carie dentaire résulte d’un processus dynamique, avec alternance de phases de reminéralisation et de déminéralisation. Ainsi, si le potentiel d’hydrogène (pH) du biofilm tombe en dessous d'un seuil critique (5,5 pour l’émail et 6,2 pour la dentine) pendant une période prolongée, suite à la consommation de sucres fermentescibles, il en résulte une déminéralisation progressive et une perte durable de la substance minérale de la dent [10,13]. Il existe quatre facteurs reconnus, qui entrent en jeu dans l’apparition de la lésion carieuse : une alimentation contenant des hydrates de carbone fermentescibles, un hôte susceptible, une microflore buccale spécifique, le temps durant lequel ces trois facteurs sont réunis en bouche pour interagir et provoquer une baisse du pH sous le seuil de dissolution des cristaux d’hydroxyapatite [13].



1. Schéma de Keyes modifié par Newbrun **(**Reisine et Douglass, 1998)

En ce qui concerne les stades évolutifs, une fois que la perte de minéraux est suffisante, une lésion cliniquement visible appelée white spot (tache blanche) apparait cliniquement à la surface de la dent ; à ce stade, la carie peut être inversée ou arrêtée en particulier par l'exposition au fluorure [10]. En l’absence de reminéralisation, la carie progresse et conduit à une cavitation, il peut s’en suivre une douleur et une gêne considérables si elle s'étend à la pulpe dentaire ; par la suite, elle peut provoquer la perte de la dent et une septicémie [10]. Il existe plusieurs systèmes de classification des maladies carieuses, la plus récente est celle mise au point en 1997 par Mount et Hume appelée concept SISTA ; elle permet la classification des lésions carieuses en fonction de 3 sites et 5 stades [16]. Les sites sont communs aux dents antérieures et postérieures : le site 1 ou occlusal concerne les lésions carieuses initiées au niveau des puits et sillons, fosses, cingulum et des autres défauts coronaires des faces occlusales ; le site 2 ou proximal regroupe les lésions carieuses initiées au niveau des aires de contact proximales entre dents adjacentes ; enfin, le site 3 ou cervical concerne les lésions carieuses initiées au niveau des aires cervicales, sur tout le périmètre coronaire et/ou radiculaire. Les cinq stades d’évolution des lésions sont les suivants : le stade 0 ou stade réversible est une lésion active, superficielle, sans cavitation; le stade 1 est une lésion active débutante, avec des altérations de surface, ayant franchi la jonction amélo-dentinaire mais ne dépassant pas le tiers dentinaire externe; le stade 2 est une lésion active d’étendue modérée, cavitaire ayant progressé dans le tiers dentinaire médian sans toutefois fragiliser les structures cuspidiennes ; le stade 3 est une lésion cavitaire étendue ayant progressé dans le tiers dentinaire interne au point de fragiliser les structures cuspidiennes ; pour ce qui est du stade 4, la lésion cavitaire est extensive et para-pulpaire ayant progressé au point de détruire une partie des structures cuspidiennes[16].

1. Schématisation des 3 sites de cariosusceptibilité et des stades de carie selon SISTA (Source : EMC)

S’agissant de la thérapeutique des maladies carieuses, elle consiste en la restauration de la lésion par des matériaux adhésifs ; et obéit à 3 principes que sont : l’économie tissulaire, l’adhésion et la bio-intégration [16]. Le principe d’économie tissulaire suppose la conservation maximale des structures saines, lesquelles constituent le substrat de la technique d’adhésion et le garant de la longévité de la restauration. Concernant le principe d’adhésion, l’avènement de systèmes adhésifs a permet l’obtention d’une adhésion mécanique (par l’effet des micro-rétentions) ; et d’une adhésion biologique (étanchéité), assurant la protection du complexe dentinopulpaire par l’absence de percolation bactérienne. Enfin, la bio-intégration constitue l’objectif final du traitement permettant d’allier biocompatibilité, fonctionnalité, esthétique et prévention des récidives [16].

### Maladies parodontales

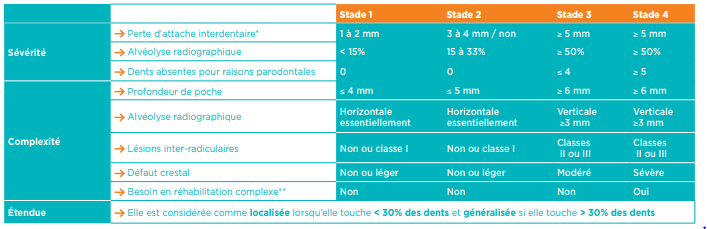
Les maladies parodontales sont des affections multifactorielles entraînant une réponse inadaptée de l'hôte aboutissant à une destruction des tissus de soutien de la dent (gencive, os alvéolaire, cément, ligament alvéolodentaires) [17]. La définition des cas de maladies parodontales dans les études épidémiologiques est un défi, elle est basée sur la mesure de poches parodontales ; ainsi, en 2010, la parodontite sévère était le sixième problème de santé le plus répandu, affectant 8-10% de la population mondiale, soit 743 millions de personnes, cette prévalence est passée en 2022 à 14%, soit environ un milliard de personnes[10,11]. Au Cameroun, des données issues d’un travail de terrain en 2020 au sein des 10 régions du pays révélaient que, la majorité des Camerounais souffraient de gingivite [18]. Il s’agit d’une infection non spécifique et majoritairement due au développement d'une flore anaérobie, principalement saprophyte de la cavité buccale, dont les agents impliqués dans la pathogenèse sont : le complexe bactérien composé de micro-organismes parodonto-pathogènes organisés au sein du biofilm, les facteurs environnementaux et les particularités génétiques de l’hôte [17]. Les facteurs de risque tels que le diabète ou la consommation de tabac peuvent moduler l'initiation et la progression de la maladie ; l'attaque bactérienne va être contrôlée par la réponse immuno-inflammatoire de l'hôte, laquelle est propre à chaque individu et peut parfois avoir un caractère nocif. Cette réaction de défense peut être considérée comme néfaste pour l'hôte, car elle endommage les tissus de soutien de la dent entraînant une perte d'attache et une alvéolyse. Le point de départ de la pathologie est la gencive saine, la progression de l'atteinte parodontale est subdivisée en plusieurs paliers, allant de la lésion initiale à la lésion avancée, qui correspond à la destruction des tissus de soutien de la dent [17].

C’est ainsi que dans un premier temps, l’agression débute au niveau de la gencive, c’est la gingivite ; il s’agit d’une inflammation de la gencive, elle est caractérisée par un gonflement, une coloration rouge foncé, saignant au moindre contact, accompagnée d’une sensibilité. A ce stade, l’inflammation n’affecte que le parodonte superficiel en épargnant le parodonte profond c'est-à-dire le desmodonte, le cément et l’os sous-jacent. Si aucun traitement n’est réalisé, l’inflammation se poursuit, conduisant à la destruction du système d’attache parodontal, qui se traduit par une perte d’attache clinique et une lyse osseuse visible radiographiquement, la présence de poches parodontales et de saignement gingival : c’est la parodontite [19,20].

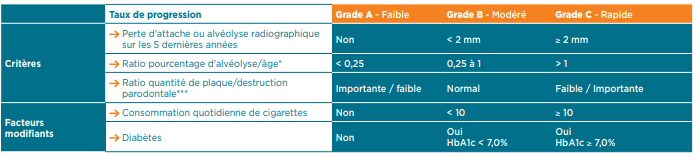
Pour ce qui est de la classification des maladies parodontales, elle a connu plusieurs modifications ; celle en vigueur a été élaborée en 2018 en vue de l’amélioration de celle de l’Armitage, mise au point en 1999. Cette nouvelle classification distingue les gingivites et les parodontites. Au sein du groupe des gingivites, il est distingué les gingivites induites par le biofilm de la plaque, qui comportent les gingivites associées au biofilm seul, modifiées par les facteurs de risque systémiques ou locaux, ainsi que les accroissements gingivaux ; et les maladies gingivales non associées par la plaque.

Concernant les parodontites, Contrairement à la précédente classification, la nouvelle regroupe les formes chroniques et agressives sous le seul terme de parodontite caractérisée par un système de stades traduisant la sévérité de la maladie, et de grades, renseignant sur la rapidité d’évolution [20,21].

1. Stades d’évolution de la parodontite.



1. Grades de la parodontite.

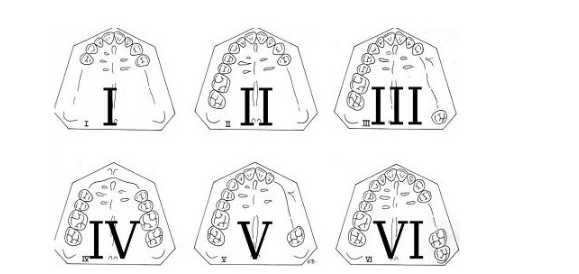


S’agissant du traitement de la maladie parodontale, il s’échelonne en 3 phases, la première : la thérapeutique parodontale initiale, a pour but l’élimination des facteurs de rétention de plaque au moyen de l’enseignement à l’hygiène orale, du détartrage et surfaçage, de la correction des restaurations et des prothèses débordantes ; la seconde phase consiste en une réévaluation de l’état parodontal 03 à 06 mois après la thérapeutique parodontale initiale ; elle permet d’examiner cliniquement le contrôle de la plaque, le saignement, et la profondeur de poche, et radiographiquement le niveau osseux. A L’issue de cette réévaluation, le praticien orientera le traitement soit vers la phase de maintenance en cas de bon contrôle de la plaque, soit vers la phase de chirurgie en cas d’inflammation persistante [22].

### Edentement

L’édentement est l’absence d’une ou de plusieurs dents dans la cavité buccale ; sa prévalence mondiale est de près de 7% chez les personnes âgées de plus de 20 ans et de 23% chez les plus de 60ans [11]. En Afrique, une étude menée en 2014, auprès des personnes âgées a montré que, la prévalence de l’édentement était respectivement de 2,9% et 8,7% chez les ghanéens et les sud-africains [23]. Cette affection possède des étiologies variées, notamment traumatiques, iatrogéniques ou thérapeutiques ; et est également corrélée au faible revenu, au bas niveau d’éducation, à une hygiène orale insuffisante ainsi qu’un état de santé général réduit [2]. Dans les pays où les patients ont accès aux soins bucco-dentaires, la maladie carieuse constitue la plus importante cause d’édentement, suivie des maladies parodontales*.* Une étude de cohorte rapportait que: sur 389 dents extraites, 37% était pour cause de carie dentaire, 29% du fait des maladies parodontales, 33% pour d’autres raisons, 12% pour des causes traumatiques et 6% pour des raisons d’inclusion dentaire [22,23]. Concernant la classification de l’édentement, il en existe 2 types : l’édentement partiel et l’édentement total. Edward Kennedy en 1925 met au point une classification des édentements partiels qui comporte 4 classes à savoir : classe I : Édentement bilatéral postérieur ; classe II : Édentement unilatéral postérieur ; classe III : Édentement unilatéral encastré ; classe IV : Édentement antérieur reparti de part et d’autre de l’axe médian de l’arcade. Dès 1966, Applegate a rajouté 2 classes et des subdivisions encore appelées modifications : l’ensemble a alors été appelée classification de Kennedy-Applegate [24]. Les classes rajoutées par Applegate sont: la classe V: édentement unilatéral incluant au moins une dent du secteur antérieur (canines ou incisives) limité de part et d’autre par des dents restantes; et la classe VI: Édentement unilatéral encastré dont les dents restantes peuvent à elles seules supporter les supports prothétiques. De plus, il existe des subdivisions qui sont le nombre de surfaces édentées supplémentaires à l’édentement de référence [24].

Pour ce qui est de l’édentement total, il s’agit de l’absence de toutes les dents naturelles sur les 2 arcades ; lorsque cette absence concerne une seule arcade, l’édentement est dit complet [25].



1. Classification de Kennedy-Applegate (Source : Abrégé en prothèse adjointe partielle)

Pour ce qui est du traitement de l’édentement, il est fonction de la présentation clinique ; le choix du type de réhabilitation étant guidé par de nombreux paramètres dans le but de restaurer l’esthétique et les fonctions masticatoires. Concernant l’édentement partiel, les artifices prothétiques peuvent être amovibles ou fixes, il s’agit respectivement de la prothèse adjointe partielle métallique ; la prothèse adjointe partielle en résine thermo-polymérisable ; et des bridges conventionnels, collé, cantilever, collé cantilever, ainsi que de la prothèse implanto-portée. Le traitement de l’édenté total peut faire appel à la prothèse adjointe complète (PAC), à la prothèse adjointe complète implanto-retenue (PACIR), ou à la prothèse supra implantaire fixée (PSIF)[26].

### Autres affections

Les affections de la sphère buccodentaire sont variées, il peut s’agir des traumatismes dentaires et maxillo-faciaux, des pathologies tumorales et malformatives, des infections de diverses étiologies, des anomalies de structures et les pathologies tropicales. Celles revêtant une plus grande importance du point de vue de la santé publique sont le noma, les traumatismes de la sphère buccodentaire, les cancers et les fentes labio-palatines. S’agissant des traumatismes maxillo-faciaux, ils constituent un problème majeur de santé publique du fait de leur gravité ; en effet, ils sont la cause de 9% de décès dans le monde[2,27], leurs lésions possèdent des caractéristiques d’une extrême diversité, que ce soit dans leurs circonstances de survenue, leur topographie ou leur type anatomoclinique [28]. Les circonstances de survenue sont dominées par les accidents de trafic et les lésions peuvent intéresser l’ensemble de la face ou se limiter à une partie de celle-ci, à l’exemple du maxillaire ou de la mandibule.

Ces lésions peuvent être des plaies, des fractures simples à un trait ou au contraire plurifocales, ainsi que des dislocations voire la disparition de segments osseux. Le traitement, dont le but est de restituer l’anatomie, la fonction et l’esthétique fait intervenir : des soins médicaux, orthopédiques et chirurgicaux, consistant respectivement en la prescription d’antibiotiques, antalgiques et d’antiinflammatoires principalement ; la réduction puis contention et blocage mono ou bi maxillaire par des ligatures avec des fils d’acier ou des élastiques et enfin la contention par la technique de l’ostéosynthèse [28].

S’agissant des maladies tropicales, le noma en est la plus préoccupante, avec un taux de mortalité de 90% en absence de traitement et une incidence annuelle de 140 000[10]. C’est une pathologie gangreneuse de la face touchant les enfants vivant dans les régions les plus pauvres du globe, sa principale étiologie relève de l’extrême pauvreté associée à de la mal nutrition, précarité et absence de soins médicaux. De plus, l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine, notamment au stade du syndrome de l’immunodéficience acquise est aussi un facteur favorisant de la maladie. Cliniquement, le noma est précédé d’une gingivite nécrosante à germes anaérobies qui, sous l’influence de facteurs locaux et généraux défavorables (notamment infectieux), va évoluer vers une nécrose étendue aux tissus péribuccaux. Cette phase souvent morbide en l’absence de traitement se termine par la chute d’une escarre nécrotique, laissant place à des pertes de substance étendues de la face. La cicatrisation se fait invariablement vers la rétraction et la fibrose, souvent à l’origine d’une constriction permanente des mâchoires avec à l’extrême une synostose maxillo-mandibulaire. Le traitement repose principalement sur une antibiothérapie associant pénicilline et métronidazole, la réhydratation et la renutrition de l’enfant. Le traitement chirurgical des séquelles repose sur deux volets : la réparation tissulaire et la levée de la constriction permanente des mâchoires [29].

Les cancers de la cavité buccale s’intègrent dans le cadre général des cancers des voies aérodigestives supérieures ; selon le Global Cancer Obervatory (GLOBOCAN), en 2020, l’incidence des cancers des lèvres et de la bouche dans le monde était évaluée à 377713 nouveaux cas, avec une prévalence de 12.31/100000 habitants et un taux de mortalité de 1,8% [30] ; le principal facteur de risque étant l’intoxication alcolo-tabagique. Dans plus de 90%, l’histologie retrouve un carcinome épidermoïde, se présentant macroscopiquement sous forme d’une lésion ulcérée, reposant sur une base indurée. Suivant les localisations au sein de la cavité buccale, il peut être noté : une mobilité dentaire localisée, un trismus, une limitation de la protraction de la langue ou une otalgie réflexe. La prise en charge est décidée de manière collégiale, suivie d’une surveillance régulière clinique [31].

## DES SOINS BUCCODENTAIRES

En santé bucco-dentaire comme en santé générale, les soins peuvent être subdivisés en : soins à visé prophylactique et à visé thérapeutique. Les soins à visé prophylactique sont des soins qui ont pour but de prévenir la survenue de la maladie. On peut citer ici des soins tels que les détartrages, surfaçage et polissage ou encore des soins préventifs de carie (application topique de fluor). Les soins thérapeutiques ou curatif quant à eux vise le traitement de la maladie, prévenir les complications et les récidives. Ici nous retrouvons les soins les plus pratiqués en cabinet tels que ; la dévitalisation qui consiste à retirer le paquet vasculo-nerveux de la dent à l’aide de micro-instruments ; l’obturation coronaire ou canalaire qui est la mise en place d’un matériau biocompatible dans une cavité infecté et assainie ; l’extraction dentaire qui est le délogement de la dent de son alvéole ; etc.

### Soins Parodontaux [32]

Ces soins concernent les éléments du parodonte (la gencive, le desmodonte, le cément et l’os alvéolaire). Les moyens thérapeutiques disponibles sont les traitements non chirurgicaux (détartrage supra-gingival et détartrage-surfaçage), et les traitements chirurgicaux. Les traitements non chirurgicaux sont indiqués pour des cas de gingivites, tandis que les soins chirurgicaux sont pour des lésions plus avancés et font intervenir la technique du lambeau d’assainissement, la technique de régénération tissulaire guidée, la technique du comblement osseux.

### Soins Conservateurs [33]

L’odontologie conservatrice est la partie de la dentisterie qui s'occupe de soigner les dents (soins des affections de l'émail, de la dentine et de la pulpe), en éliminant le moins possible de la matière dentaire saine (émail et dentine). Les traitements pratiqués consistent le plus souvent à supprimer les tissus pathologiques, à restaurer à l'aide d'un matériau les tissus lésés d'une dent pour lui redonner sa morphologie et sa physiologie.

On distingue deux grandes catégories d'actes : La dentisterie restauratrice qui vise à arrêter l'évolution de la carie et à éliminer les zones tissulaires abimées, favoriser la cicatrisation des tissus sains sous -jacent, éviter la récidive, restaurer la forme anatomique et fonctionnelle de la dent ; et le traitement endodontique qui est un acte chirurgical à part entière traitant les pathologies pulpaires et leurs complications péri apicales, avec l'objectif d'éliminer le tissu pulpaire inflammatoire et/ou la flore bactérienne par une mise en forme physico-chimique contrôlée afin de permettre l'obturation tridimensionnelle du système endo-canalaire.

### Soins chirurgico-dentaires [34]

Les soins les plus pratiqués dans cette catégorie sont les extractions. L’extraction ou l’avulsion d’une dent est l’échec d’une thérapeutique préventive ou curative et peut être considéré comme une « amputation » ; en effet il s’agit du délogement d’une dent vivante ou nécrosé (d’étiologie infectieuse ou non) de son alvéole.

### Autres soins

Ils incluent les soins prothétiques et orthodontiques. Les prothèses sont des dispositifs visant à remplacer les dents extraites, dans le but de rétablir la fonction et l’esthétique. Les soins orthodontiques quant à eux ont pour but de réaligner les dents en mauvaise posture et modifier la structure des bases osseuses, ceci par des moyens médicaux à l’aide de dispositifs tels que les multi attaches et les activateurs ou par des moyens chirurgicaux.

## DES INEGALITES SOCIALES EN SANTE

Les inégalités sociales en santé font références d’une part à un objet socialement valorisé, dans notre cas la santé bucco-dentaire, et d’autre part des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant-dominé[35]. Sa prise en compte est indispensable pour mener une politique de santé efficace à différents niveaux (national, régional et local), ainsi que pour la mise en place de programmes ou d’actions en éducation pour la santé auprès des populations[36]. En santé bucco-dentaire elles peuvent être observées dans toutes les populations, et ce peu importe la culture, la méthode de classification sociales ou encore la mesure de santé bucco-dentaire générale[37]. Ainsi, plusieurs facteurs sont pris en compte quand il s’agit mettre en évidence la relation entre les facteurs socio-économiques et l’état de santé bucco-dentaires : le niveau d’éducation, le revenu, la profession, la classe sociale entre autres[39].

Aux USA, selon une étude menée par en 2001 ; le plus on n’est pas capable de payer pour les soins, plus on a de nouvelles caries ; et le moins le niveau d’éducation, le plus de nouvelles caries[40]. En Inde, plus le statut socio-économique est bas, plus nous verrons la survenue de caries dentaires[41]. Selon une étude menée au Burkina Faso en 2006, les fonctionnaires (ayant un statut socio-économique plus élevé) et les personnes ayant un niveau d’éducation plus élevé ont un indice CAO plus élevé avec un Odd Ratio de 5.26 et 2.99 respectivement[42].

### Assurance maladie

L’assurance, est une opération par laquelle une partie, l’assuré, se fait promettre moyennant une rémunération, la prime (ou cotisation pour les mutuelles), pour lui ou un tiers, en cas de réalisation d’un risque, une prestation par une autre partie, l’assureur qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique. En classification juridique, nous dénombrons plusieurs classes d’assurance : assurances des dommages et assurances des personnes. Pour les distinguer, il faudrait déterminer la nature des obligations de l’assureur. C’est ainsi que nous avons les caractères indemnitaires et les caractères forfaitaire. En ce qui concerne le caractère indemnitaire, l’assureur compense l’assuré à hauteur des préjudices subis. Ici nous parlerons d’assurances des dommages à caractère indemnitaire. En revanche, quand l’assureur compense l’assuré sur la base d’une somme prédéterminée lors de la conclusion du contrat, nous parlons d’assurances des personnes à caractère forfaitaire ; et c’est dans cette classe que nous retrouvons la branche de l’actuariat qui concerne la santé.

Il existe par ailleurs trois modèles de gestion des assurances santé : le modèle dit Bismarckien, dans lequel le financement des assurances est obligatoire et assuré par l’individu, les cotisations sont proportionnelles aux salaires et non au risques, et la gestion est donné au partenaires sociaux ; le modèle beveridgien ou modèle d’assistance où la gestion est étatique et le financement est assuré par les impôts, ici l’accès aux soins et gratuit et dit égalitaire ; le modèle libéral où la protection contre la maladie est facultative et assurée par des contrats d’assurance privée [43].

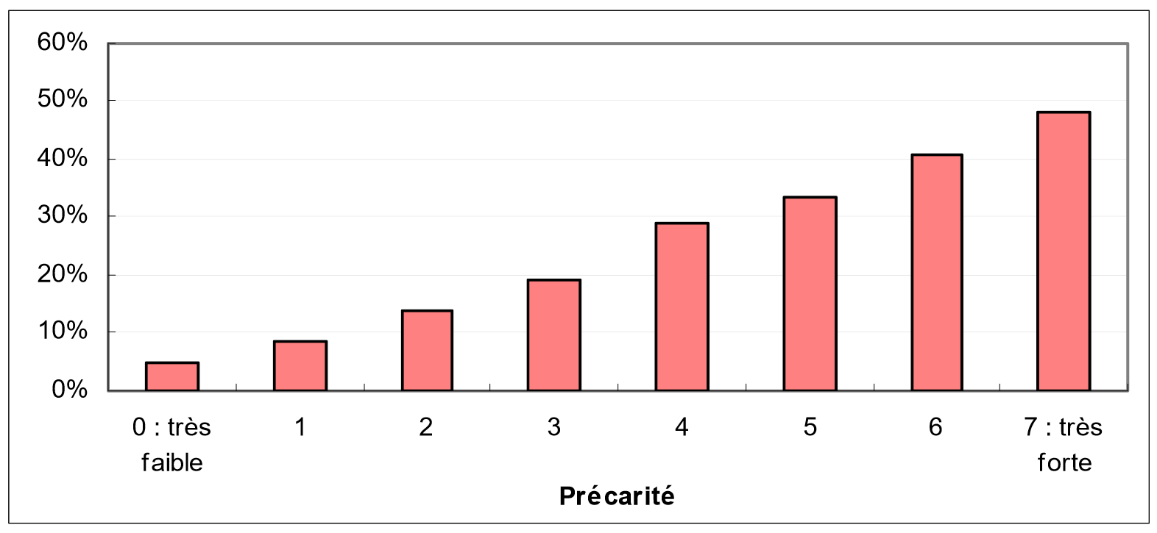
La plupart des pays développés ont déjà implémenté le modèle beveridgien. Selon une étude réalisée par l’Organisation pour le Coopération et le Développement Economique en 2010, seulement cinq pays (Autriche, Mexique, Pologne, Espagne et Turquie) ont un taux de couverture de 100%, six pays (Belgique, Finlande, Allemagne, Islande, Japon et le Royaume-Uni) couvre 76–99% des couts, trois pays (Luxembourg, République de Corée et la Slovaquie) couvre 50–75%, neuf pays (République Tchèque, Danemark, France, Grèce, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Portugal and Suède) couvre moins de la moitié des couts dentaires, et six (Australie, Canada, Irlande, Nouvelle Zélande, Norvège et la Suisse) n’ont pas de politique de couverture concernant les soins dentaires[44].

Au Sénégal où le modèle libéral est fortement représenté, la couverture des soins bucco-dentaire est partielle au vu de ce que ça coute à l’assurance maladie[45]. De plus, le manque d’éducation des populations sur les bénéfices de souscrire aux compagnies d’assurances privées couplé au manque de connaissance sur l’importance des soins bucco-dentaire limite fortement l’accès à ces soins pour une grande partie de la population[45].

Au Cameroun, il n’existe pas un mécanisme public d’assurance maladie, cependant, il existe un ensemble de dispositifs publics et privés de protection sociale en santé [37]. Les dispositifs publics sont constitués des programmes de sécurité sociale, dont la couverture se faisant par affiliation à la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), est libre à toute personne âgée d’au moins 18 ans, obligatoire pour les employés du secteur formel, et volontaire pour les employés du secteur libéral, informel et autres ; et des politiques de subvention et de gratuité des soins et des services ne concernant pas ceux buccodentaires [40]. En ce qui concerne les dispositifs privés, ils sont représentées par les mutuelles de santé, les assurances commerciales qui ciblent les populations issues des secteurs formels et les services de santé offerts par les employeurs de grandes sociétés à l’exemple de CAMRAIL dont les employés supportent 20% des dépenses de santé pendant que la société couvre 80% des dépenses restantes[46]. Néanmoins, la couverture reste partielle, laissant des soins dits esthétiques tels que les détartrages. En 2023, le Ministre de la Santé Publique du Cameroun, le Dr MANAOUDA Malachie a présidé le lancement de la phase pilote de la CSU et les soins inclus dans son panier sont la gratuité de la consultation des enfants de moins de 5 ans, les accouchements, la prise en charge du VIH/SIDA et du paludisme pour les enfants de 0-5 ans. Il est prévu un élargissement des soins au fur et à mesure.

### Renoncement aux soins bucco-dentaire

On parle de renoncement aux soins lorsqu’une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait [2]. Plusieurs raisons peuvent être à l’origine d’un renoncement aux soins, notamment les raisons financières, géographiques, culturelles et autres.

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concernait, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire, se concentrant sur les soins dentaires et dans une moindre mesure l’optique et les consultations du médecin [4]. Toujours en 2008, et concernant les soins dentaires, 10% de la population en France âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé au moins une fois. Il faudrait également noter que le pouvoir d’achat influence le renoncement financier des soins, ainsi le taux de renoncement aux soins augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Les 20% et beaucoup plus encore les 5 % de personnes les plus aisés se démarquent du reste de la population par leur taux **de renoncement plus faible[4]. Ce résultat est particulièrement net pour les soins dentaires.

1. Taux de renoncement aux soins fonction de score de précarité [17]

En Afrique Sub-Saharienne également, le manque de ressources financières constitue un obstacle majeur à l’accès aux soins[5], et par conséquent un facteur influençant le renoncement aux soins. La situation s’est d’autant plus dégradée depuis l’instauration du système de paiement à l’acte qui un système dans lequel le patient paye directement pour les soins réalisés auprès du médecin. En Tanzanie en l’occurrence, nous observons une baisse du taux de fréquentation des services dentaires de l’ordre de 33% depuis que ce système a vu le jour[4]. Par ailleurs, nous notons que le renoncement aux soins est plus observé chez les femmes que chez les hommes, évoquant ainsi l’automédication et le manque de ressources financières comme raisons[4]. D’autres raisons au renoncement aux soins ont également été énoncées. En effet selon une étude menée par Kikwilu et al. En 2009, la peur des soins bucco-dentaires, une longue distance entre le domicile des patients et les services de soins, ou encore ne pas mesurer l’ampleur de la pathologie sont d’autres raisons qui peuvent pousser des patients à renoncer au soins bucco-dentaires[48].

Selon une étude menée en France en 2007, comportant 20236 individus dont 9648 hommes et 10588 femmes, 49,9% ont déclaré avoir renoncé aux soins dentaires pour raisons financières[3]. En France toujours, dans une autre étude menée par Dèspres et Fantin en 2008, 8000 personnes ont été échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d’assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA) ainsi que l’ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants environ, et environ 10% aurait renoncé à des soins dentaires de toute nature[46].

# METHODOLOGIE

## TYPE D’ETUDE

Etude transversale descriptive.

## SITE

La collecte des données a été faite en intra-hospitalier, dans la ville de Yaoundé, au sein cabinet dentaire de l’hôpital EPC Djoungolo.

Cabinet dentaire E.P.C Djoungolo est l’un des premiers cabinets dentaires de la ville de Yaoundé. Proche de l’église presbytérienne et du Jardin place d’Etoa-Meki. Il est détaché de l’hôpital de Djoungolo ; comprends en son sein une salle d’accueil, une caisse, une salle de consultation, deux salles de soins, une salle de prothèse. Il offre plusieurs soins parmi lesquels les extractions dentaire, les détartrages, les soins conservateurs et endodontiques et la confection de PAP en résine. Le personnel soignant est constitué d’un médecin chef, trois médecins assistants et de nombreux assistants dentaires.

## DUREE DE L’ETUDE

La collecte des données s’est faite pendant les mois de février, mars et d’avril 2024

## POPULATION D’ETUDE

### Population source :

Patient venu consulter dans les cabinets dentaires de l’étude.

### Critères d’inclusion :

Ceux qui ont acceptés de participer à l’étude.

### Critères d’exclusion :

Toute personne qui a souhaité se retirer de l’étude.

### Échantillon

L’échantillonnage a été calculé à l’aide la formule ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| **N= t2 x p (1-p)**  **m2** | N = Taille d'échantillon  t = Constante de la loi normale selon un seuil de 1,96  p = Proportion estimée du facteur étudié dans la population  m = Marge d’erreur tolérée, estimé à 5% |

p, le taux de renoncement aux soins buccodentaires est de 18,23% des membres des 300 ménages interrogés selon une étude réalisé au Sénégal en 2018 [49],

Soit : N= 280 participants

## PROCEDURE

### Considérations éthiques et administratives

L’étude s’est déroulée dans le respect des principes et normes de la recherche médicale, selon le code de Nuremberg. Toutes les données collectées au cours de cette étude ont été anonymes et n’ont servis que pour l’étude selon les objectifs précisés. Avant de débuter l’étude, nous avons obtenu l’accord verbal auprès des responsables des différents cabinets dentaires et dans un deuxième temps les autorisations de recherches (annexe pour les autorisations). Après la validation du protocole de recherche par nos encadreurs, la clairance éthique a été demandée auprès du comité institutionnel d’éthique et de recherche (CIER) de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l’Université de Yaoundé I. Chaque participant a reçu les informations nécessaires relatives à l’étude et le consentement a été pris. Il a reçu et signé une fiche de consentement éclairé mettant en évidence la description, les objectifs, les avantages et inconvénients de sa participation.

### Collecte

Arrivé au cabinet dentaire EPC Djoungolo, nous nous sommes présentés auprès du personnel administratif et soignant. Le recrutement s’est déroulé selon les étapes suivantes : Nous avons commencé par assister aux consultations des patients que nous avons reçus au cabinet, faites par le consultant principal du cabinet dentaire. Une fois les dia~~g~~nostics posés et des plans de traitement établis, nous avons procédé aux explications relatives à l’étude auprès des différents patients et parents/tuteurs des patients en cas de patients mineurs en mettant en exergue le bien fondé des travaux de recherche comme les nôtres pour l’obtention de leur consentement. Une fois que les consentements ont étés obtenus, les fiches techniques préétablies ont étés remises aux patients désirant participer à l’étude.

### Analyse des données

Les données recueillies ont étés analysées à l’aide du logiciel IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 25.0. Une séance de validation journalière était effectuée afin de s’assurer de la bonne qualité des informations reçues et les données validées étaient introduites dans la base. Les variables qualitatives ont étés décrites sous forme de tableau d’effectifs et de fréquences, quant aux variables quantitatives nous avons utilisé la moyenne, le minimum, le maximum, la médiane. Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé un seuil d’erreur 5%. Les valeurs moyennes ont étés exprimées avec leur intervalle de confiance à 95%.

# RESULTATS

Le présent chapitre d’écrit le profil sociodémographique, le profil pathologique, le renoncement aux soins bucco-dentaires, ainsi que ses motifs et enfin les déterminants de la couverture sanitaire.

## RECRUTEMENT DE LA POPULATION

La collecte des données s’est faite au cabinet dentaire de l’hopital EPC Djoungolo à Yaoundé, auprès des patients et des tiers impliqués dans le financement des soins selon le schéma suivant.

Patients abordés : 2­95

Consentements favorables : 292

Patients retenus :276

1. Flux de recrutement de la population

Au terme du recrutement, 276 patients ont été retenus pour un taux de participation de 93,6%. Leurs données sociodémographiques sont détaillées ci-après.

## DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Au terme du recrutement, 276 patients ont été retenus pour un taux de participation de 93,6%. Le sex-ratio des patients était de 0,76 avec une moyenne d’âge de 23,6 ans. Le Tableau III dresse le profil sociodémographique de la population d’étude.

1. Répartition des données sociodémographiques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Modalités** | **Effectif, n** | **Fréquence (%)** |
| **Genre** | Féminin  Masculin | **157**  119 | **­56,8**  43,2 |
| **Age** | ] 0-25 ans]  ] 26-30 ans]  ] 31-40 ans]  ] 41-50 ans]  50 ans + | **83**  37  74  47  35 | **30,1**  13,4  26,8  17  12,7 |
| **Aire culturelle** | Côte  Forêt  Grassfields  Sahel | 44  **128**  79  25 | 15,9  **46,4**  28,6  9,1 |
| **Niveau d’instruction** | Aucun  Ecole coranique  Primaire  Secondaire  Supérieur | 6  11  40  65  **154** | 2,2  4  14,5  23,5  **55,8** |
| **Profession** | Sans  Elève et étudiant  Secteur informel  Secteur publique  Secteur privé | 59  63  **85**  21  48 | 21,4  22,8  **30,8**  7,6  17,4 |
| **Revenu mensuel** | Aucun  <50000  [50000-100000]  ]100000-250000]  ]250000-500000]  >500000 | **74**  24  67  72  29  10 | **26,8**  8,7  24,3  26,1  10,5  3,6 |
| **Nombre d’enfants à charge** | Aucun  1-2  3-5  6+ | **99**  73  62  42 | **35,9**  26,4  22,5  15,2 |

## PROFIL PATHOLOGIQUE

* Profil des affections buccodentaires diagnostiquées

Au sein de la population d’étude, les pathologies les plus rencontrées étaient les caries amelaires et dentinaires, les pulpopathies et ses complications, les délabrements coronaires importants, les maladies parodontales et les édentements. Leurs prévalences respectives étaient de 81,9%, 75%, 61,2%, 59,1% et 37,7%. La gingivite induite par la plaque dentaire était la pathologie la plus courue au sein des maladies parodontales. Le profil pathologique est dressé dans le tableau IV.

1. Répartition des affections bucco-dentaires diagnostiquées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Modalités** | **Effectif**  **(n)** | **Prévalence (%)** |
| **Affections carieuse** | Carie amélaire et dentinaire  Pulpite et ses complications | 226  207 | 81,9  75 |
| **Edentement** |  | 104 | 37,7 |
| **Gingivites induites par la plaque** |  | 163 | 59,1 |
| **Délabrement coronaire important** |  | 169 | 61,2 |
| **Anomalie orthodontique** |  | 7 | 2,5 |

* Profil des soins prescrits

En ce qui concerne les soins prescrits pour chaque pathologie diagnostiquée, pour les caries dites amelaires et dentinaires, des obturations coronaires au composites, amalgames et CVI étaient prescrites. Quant-aux pulpites et ses complications (abcès dentaires, desmodontites), des soins endodontiques étaient prescrits. En ce qui concerne les édentements, des prothèses adjointes partielles étaient prescrites. Pour les gingivites induites par la plaque, des détartrages, surfaçages et polissages ont été prescrites. Pour les délabrements coronaires importants, des extractions dentaires ont été prescrites. Le tableau ci-dessous montre plus de détails.

1. Répartition des soins prescrits

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | | **Modalités** | **Effectif (n)** | **Fréquence (%)** |
| **Carie amelaire et dentinaire**  **Pulpites et complications** | Obturations coronaires  Soins endodontiques | | 226  207 | 81,9  75 |
| **Edentement** | PAP | | 104 | 37,7 |
| **Gingivites induites par la plaque** | Détartrages | | 163 | 59,1 |
| **Délabrement coronaire important** | Extractions | | 169 | 61,2 |
| **Anomalie orthodontique** | Dispositifs orthodontiques | | 7 | 2,5 |

## RENONCEMENT AUX SOINS BUCCODENTAIRES

* Profil du renoncement aux soins en fonctions des données sociodémographiques

Le taux global de renoncement aux soins buccodentaires était de 47,46%. Parmi ceux ayant renoncés à au-moins un soin, on observe une prédominance féminine à 63,4% avec les célibataires représentés à 56,6%. Plus de détails dans le tableau ci-dessous.

1. Répartition du renoncement en fonction des données sociodémographiques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Modalités** | **Effectif (n)** | **Fréquence (%)** |
| **Genre** | **Féminin**  Masculin | **83**  48 | **­63,4**  36,6 |
| **Age** | **] 0-25 ans]**  ] 26-30 ans]  ] 31-40 ans]  ] 41-50 ans]  50 ans + | **42**  20  38  20  11 | **32,1**  15,2  29  15,3 8, |
| **Situation matrimoniale** | **Célibataire**  Marié  Divorcé  Veuf | **74**  36  13  8 | **56,5**  27,5  9,9  6,1 |
| **Revenu mensuel** | **Aucun**  <50000  [50000-100000]  ]100000-250000]  ]250000-500000]  >500000 | **40**  31  27  25  8  0 | **30,5**  23,7  20,6  19,1  6,1  0 |
|  |  |  |  |
| **Profession** | Sans  Elève et étudiant  **Secteur informel**  Secteur publique  Secteur privé | 36  17  **53**  13  12 | 27,5  12,9  **40,5**  9,9  9,2 |
| **Aire culturelle** | Cote  **Foret**  Grass Fields  Sahel | 18  **73**  26  14 | 13,7  **55,7**  19,8  10,8 |
| **Niveau d’instruction** | Aucun  Ecole coranique  Primaire  Secondaire  **Supérieur** | 6  9  24  37  **55** | 4,6  6,9  18,3  28,2  **42** |

* Profil du renoncement aux différents soins buccodentaires

S’agissant des différents soins bucco-dentaires, l’étude a révélé un taux de renoncement (par ordre décroissant) aux soins orthodontiques à 100% ; aux obturations coronaires chiffré à 64,2% ; pour les détartrages à 42,3% ; pour les soins prothétiques à 39,4% pour les soins endodontiques 15% ; et pour les extractions 10,1%. Retrouvez la répartition du renoncement aux différents soins buccodentaires dans le tableau ci-dessous.

1. Profil du renoncement aux différents soins buccodentaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Nombre prescrits** | **Effectif (n)** | **Fréquence (%)** |
| **Obturations coronaires** | **226** | **145** | **64,2** |
| **Endodontiques** | 207 | 31 | 15 |
| **Détartrages** | 163 | 69 | 42,3 |
| **Extractions** | 169 | 17 | 10,1 |
| **Orthodontiques** | **7** | **7** | **100** |
| **Prothèse adjointe partielle** | 104 | 41 | 39,4 |

Les motifs de renoncement étaient variés.

## MOTIFS DU RENONCEMENT AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

* Profil des motifs de renoncement aux soins bucco-dentaires

Concernant ceux qui avaient renoncé aux soins (n=131), 94,7% des patients ayant renoncés ont évoqués pour cause de renoncement les couts élevés, 20,6% parlaient de phobies et 5,4% ont donnés la distance comme motif de renoncement. Aucun des patients n’ont évoqués le plateau technique, les croyances ou encore la langue comme motif de renoncement aux soins bucco-dentaires.

1. Répartition des motifs de renoncement

* Corrélation des motifs de renoncement aux soins avec les sociodémographiques

Comme observé plus haut, les principaux motifs de renoncements aux soins bucco-dentaires étaient les raisons financières et les phobies. Il en ressort que les raisons financières comme motif de renoncement est intimement lié au genre et aux revenus mensuels des patients. Le tableau ci-dessous montre l’association entre ces deux motifs de renoncement et certaines données sociodémographiques des patients interrogés.

1. Distribution des motifs de renoncement avec les données sociodémographiques

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Modalités** | **Motifs de renoncement** | | **Total** | **Valeur P** |
| **Raisons financières (1)** | **Phobies (2)** |
| **Sexe** | Féminin  Masculin | 73  51 | 11  16 | 84  67 | **(1) 0,048**  (2) 0,069 |
| **Profession** | Sans  Etudiant/ Elève  Secteur informel  Secteur publique  Secteur privé | 34  14  53  13  10 | 7  10  2  1  4 | 41  24  55  14  14 | **(1) 0,040**  (2) 0,083 |
| **Revenu mensuel** | Aucun  <50000  [50000-100000]  ]100000-250000]  ]250000-500000]  >500000 | 44  32  25  19  4  0 | 4  7  8  8  0  0 | 43  36  31  27  4  0 | **(1) 0,039**  (2) 0,064 |
| **Situation matrimoniale** | Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf(ve) | 72  31  13  8 | 14  5  7  1 | 86  36  20  9 | **(1) 0,044**  (2) 0,078 |
|  |  |  |  |  |  |

## DETERMINANTS ECONOMIQUES AU RENONCEMENT

* Moyens de financement des soins

Parmi les participants ayant renoncés au moins à un soin, 70,2% ont financés leurs soins par paiement direct, 24,4% avec l’aide d’un membre de la famille et 5,4% ont eu recours à un financement dit privé par le biais d’une assurance commerciale.

1. Répartition des moyens de financement des soins

* Financement préférentiel des soins bucco-dentaires

L’étude a révélé un taux de financement élevé pour l’exodontie et celui des soins endodontiques étaient tous deux chiffré à 94,1% et 85,02% respectivement. Le tableau ci-dessous montre plus de détails.

1. Répartition des soins payés par rapport à ceux prescrits

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Nombre prescrits** | **Effectif (n)** | **Fréquence (%)** |
| **Obturations coronaires** | 226 | 81 | 35,8 |
| **Endodontiques** | **207** | **176** | **85,02** |
| **Détartrages** | 163 | 94 | 57,7 |
| **Extractions** | **169** | **159** | **94,1** |
| **Orthodontiques** | 7 | 0 | 0 |
| **Prothétiques** | 104 | 63 | 60,6 |

* Réseau de soutien social

A l’issue de l’analyse, il en ressort que 52,7% ont déclarés ne bénéficier d’aucun soutien ; 42% ont déclarés bénéficier d’un réseau de soutien social dit informel et 5,3% ont déclarés être affiliés à un réseau de soutien social organisé.

1. Affiliation aux réseaux de soutien social

\* Informel = tontines, réunions associatives, caisse santé, etc.

# DISCUSSION

Le présent chapitre illustre succinctement les limites rencontrées au cours de notre étude, ainsi que la discussion de nos résultats obtenus, du profil sociodémographique des patients ayant participés étude, les différents motifs au renoncement, les déterminants du ce renoncement en fonction de la couverture sanitaire des patients et enfin le profil du renoncement aux soins buccodentaires dans la ville de Yaoundé.

## LIMITES DE L’ETUDE

Cette recherche avait pour objectif d’analyser le profil de renoncement aux soins buccodentaires à Yaoundé ; il a donc été mené une étude transversale descriptive au sein du cabinet dentaire de l’EPC de Djoungolo. Les principales limites rencontrées étaient :

* Estimation approximative du revenu mensuel de certains patients, lesquels invoquaient le secret professionnel comme argument ;
* Suivi insuffisant de la prise en charge de certains patients en raison du non-respect des rendez-vous ;

## PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS

Le sex-ratio des patients interrogés était de 0,76. Les femmes étaient plus représentées à 56,8% parmi la population d’étude. Ceci pourrait s’expliquer par le fait que les femmes, prenant plus soins d’elles, ont tendance à plus vite consulter à l’aube des maladies. Les hommes à contrario, considérés souvent comme les « plus forts » de la société, ont tendance à plus avoir recours à l’automédication que les femmes. Comme le soutient une étude menée en Inde, la santé buccodentaire des femmes est jugée meilleure que celle des hommes [6].

Les résultats montrent un grand nombre de participants ayant un emploi dans secteur informel (30,8%) tandis que pour le secteur formel est représenté à 25% ; et seulement 21,4% des patients venus en consultation et ayant participé à notre étude étaient au chômage. Le grand taux de consultation des personnes ayant un emploi comparé à celui des sans-emploi peut être facilement justifié par le fait que ceux ayant un emploi perçoivent des revenus à la fin de chaque mois et par conséquent peuvent avoir recours aux soins buccodentaires dès qu’ils en ressentent le besoin. Plus loin, le secteur privé était représenté à hauteur de 17,4% tandis que le secteur public l’était à 7,6%. Ceci pourrait traduire le faible revenu mensuel des employés du secteur public, ce qui les rendrait hostiles aux services dentaires.

Parlant du revenu mensuel, 73,2% des participants recevaient un revenu mensuel tandis que 26,8% n’avaient aucun revenu mensuel. La faible fréquentation des personnes n’ayant aucun emploi dans les services dentaires est étroitement liée aux couts des soins dentaires jugés élevés par ces derniers. Par conséquent, ces derniers se tournent vers l’automédication en délaissant les soins conventionnels. Ceci va dans le même sens que l’étude réalisée en Inde qui soutient que les personnes avec un statut socio-économique bas ont une prévalence des caries plus élevée que ceux avec un statut socio-économique élevé [5].

S’agissant du niveau d’instruction, 55,8% des participants avaient un niveau académique supérieur tandis que seulement 6,2% représentaient les personnes n’ayant aucun niveau d’instruction et ceux ayant fait l’école coranique. Ce dernier pouvant s’expliquer par le manque de connaissance en terme santé buccodentaire. À contrario, le taux de représentativité relativement élevé du niveau supérieur peut être expliqué par le fait que ceux-ci de par leurs études reçues, ils comprennent l’importance d’une bonne hygiène buccodentaire et la conséquence de ne pas en avoir une. Ainsi, ces derniers consultent régulièrement dans les services buccodentaires.

## MOTIFS DU RENONCEMENT AUX SOINS

Le motif principal évoqué pour justifier le renoncement des patients était pour raisons financières à 94,7%. D’autres raisons ont étés évoquées, à savoir la phobie des soins dentaires et pour des raisons de distance, à 20,6% et 5,4% respectivement. Ceci peut être expliqué par le taux de pauvreté du Cameroun qui est chiffré à 37,5% [46]. Selon la SND30, plus du tiers de la population vit avec moins de 941 FCFA par jour [46]. Les résultats sont similaires à ceux d’une étude réalisée en Côte d’Ivoire en 2017 sur les facteurs sociodémographiques qui influencent le renoncement aux soins ; les raisons financières et les phobies ont étés évoquées à 44,3% et 10,1% respectivement [47]. Au vue de ceci, il serait facile de conclure qu’une grande partie de la population est en situation précaire et ne peut se permettre d’avoir recours aux soins buccodentaires conventionnels. Tout ceci va dans le même sens de deux autres études sur le renoncement aux soins réalisées en Côte d’Ivoire en 2003 [48] et au Sénégal en 2010 [49], qui révélaient que le manque de ressources financières dans les pays d’Afrique Sub-Saharienne constitue un grand frein à l’accès aux soins de santé.

## DETERMINANTS DE LA COUVERTURE SANITAIRE

En ce qui concerne le taux de paiement des soins par les patients eux-mêmes chiffré à 70,2%, il peut être expliqué par le fait que généralement en Afrique, et au Cameroun en particulier, il n’existe pas de réel programme de prise en charge universelle des patients dans les hôpitaux publics, parapublics et privés, surtout pour les maladies bucco-dentaires. En y associant le manque de ressources financières dans les pays de l’Afrique Sub-Saharienne, on voit facilement le taux de renoncement aux soins bucco-dentaire monter. Ceci c’est d’autant plus aggravé depuis l’établissement des « soins à l’acte » [47], comme le montre une étude réalisée en Tanzanie, qui a noté une diminution du taux de fréquentation des services dentaires de 33% depuis l’établissement dudit dispositif [5]. En outre, 24,4% de notre population a indiqué que leurs soins seraient financés par un tiers de leurs familles. Un fait qui pourrait expliquer ce chiffre est le taux de pauvreté au Cameroun chiffré à 37,5%. La conséquence de ceci est que plusieurs personnes dépendent partiellement ou totalement financièrement sur un membre de famille, qu’il soit oncle, tante ou même grands-parents.

En ce qui concerne le financement des soins provenant d’entités externes, aucun individu ne bénéficiait de financement provenant de l’Etat ; le paiement des soins buccodentaires provenait principalement des dépenses privées, avec la participation de l’assurance dans seulement 5,4% des cas. Ces résultats traduisent la réalité de la précarité du système de protection sociale au Cameroun. En effet, à ce jour seulement 6,46% de la population bénéficie d’un mécanisme de protection sociale pour la prise en charge des dépenses de santé, pendant que la majorité de la population continue de supporter les dépenses directes de la santé à travers les paiements propres [50]. Ces résultats concordent avec une étude similaire menée en Afrique Subsaharienne où était enregistré des dépenses directs élevés en santé dans 20 pays avec des pics pour le Cameroun entre autres, pendant que seulement 5 pays présentaient une dépense direct faible à l’exemple de l’Afrique du Sud, du Botswana, de la Zambie, du Zimbabwe et de la Namibie [51]. Au regard de la situation urgente, les Etats membres de l’OMS en 2021 ont adopté une résolution historique sur la santé buccodentaire consistant en l’élaboration et l’adoption d’une stratégie mondiale complète sur la santé buccodentaire, avec une vision audacieuse de la couverture maladie universelle des services de santé buccodentaires d’ici 2030 [52]. Cependant, le Cameroun rendu à sa première phase d’élaboration de la couverture santé universelle, n’a malheureusement aucun soin buccodentaire intégré dans le panier des soins couverts par ladite CSU [50].

En ce qui concerne les réseaux de soutien social, un constat général a été fait sur l’absence remarquée des réseaux de soutien social associatifs telles que la caisse secours, la caisse aide et la caisse santé ; cela dénote de la prise à la légère des problèmes de santé buccodentaires soit par absence de déclaration par les membres, soit par absence de considération lors de l’établissement des statuts de l’association. Ceci concorde avec les résultats d’une recherche menée au sein des associations du quartier de Biyem Assi qui a montré que, d’une manière générale, la santé ne fait pas l’objet de prestations très importantes dans les associations ; car, les caisses secours et santé ou maladie convoquées en cas de maladie, servent également à aider au financement de décès et d’évènements joyeux tels que les fêtes organisées par les membres, ce qui réduit la capacité d’intervention en matière de santé [53].

## PROFIL DU RENONCEMENT AUX SOINS BUCCODENTAIRES A YAOUNDE

Les résultats ont montré un taux global de renoncement aux soins buccodentaires de 47,5%. Parmi ceux qui avaient renoncés à au-moins un soin, on observe une prédominance féminine à 63,4%, tandis que le sexe masculin était représenté à 36,6%. Ceci pourrait s’expliquer par le fait que les femmes aurait plus de problèmes financiers que les hommes [42], ce qui les pousserait à avoir un taux de recours à l’automédication plus élevé que celui des hommes [47]. Le pourcentage relativement élevé des hommes quant à lui pourrait s’expliquer par le fait que nombreux d’entre eux considèrent certaines conditions ou pathologies buccodentaires moindre, ne nécessitant aucun soin [47].

S’agissant du revenu mensuel, 74,8% des participants à l’étude qui ont renoncés avaient un revenu mensuel inférieur à 100.000 FCFA, tandis que ceux ayant un revenu mensuel entre 100.000 et 250.000 FCFA participaient au taux de renoncement global à hauteur de 19,1% et seulement 6,1% avaient un revenu mensuel de plus de 250.000 FCFA. Ceci prouverait que le renoncement aux soins bucco-dentaire est intiment lié au revenu mensuel des patients. Les résultats vont dans le même sens que l’étude menée au Sénégal en 2018, qui a révélé que les personnes avec un revenu plus large renoncent moins aux soins buccodentaire que ceux avec des revenus moyens et faible.

Pour le cas de la situation matrimoniale, les résultats ont évoqués un renoncement plus remarqué chez les personnes célibataires que chez ceux mariés. Leur participation au taux de renoncement global était chiffrée à 56,5%, tandis que celui des participants mariés étant chiffré à 27,5%. Les célibataire généralement n’ayant personne pour les soutenir financièrement, seraient plus à même de ne pas poursuivre la démarche thérapeutique, alors que les patients mariés ont généralement du soutien venant de leurs partenaires. Ils vont dans le même sens que les résultats de Sangare et al. en 2017 qui ont conclus que les personnes célibataires et les divorcés sont plus susceptibles de renoncer aux soins en général, et à ceux de la cavité buccale en particulier. Ceci pourrait s’expliquer par le fait que les personnes mariées bénéficieraient d’un soutien supplémentaire provenant de leurs partenaires, à contrario des personnes célibataires.

En ce qui concerne la profession, les résultats montre que seulement 9,2% des personnes ayant renoncés aux soins bucco-dentaires avaient un emploi dans le secteur privé. Ce taux relativement faible peut s’expliquer par certains avantages sociaux dont ces employés bénéficient, entre autres les souscriptions systématiques aux assurances par les employeurs. De l’autre cote, le secteur informel était représenté à hauteur de 40,5%, tandis que pour le secteur dit formel, l’était à 19,1%, ce dernier étant plus représenté par les commerçants. Les personnes travaillant dans le secteur informel ne sont généralement pas soumises au code du travail, et de ce fait, ne profitent pas des avantages sociaux comme la sécurité sociale ou encore des assurances. Ceci fait qu’en allant au cabinet dentaire, ils sont plus à même de ne faire traiter que le motif de consultation et renoncer pour les autres soins qu’ils jugent pour la plus part, pas urgent.

S’agissant des différents soins buccodentaires, les résultats montrent des taux de renoncement par ordre décroissant : pour les soins orthodontiques 100% ; les obturations coronaires dits soins conservateurs chiffré à 64,2% ; pour les détartrages était chiffré à 42,3% ; pour les soins prothétiques à 39,4% ; pour les soins endodontiques 15% ; et pour les extractions dentaires 10,1%. Les chiffres des soins orthodontiques et prothétiques s’expliquent par leurs couts de prise en charge jugés trop élevés. Les couts des soins orthodontiques sont en moyenne 300.000frs, avec des pics allant au million de franc CFA. Pour les prothèses adjointes partielle, les moins couteux pourraient avoisiner 10.000-15.000 frs par dent. Nous comprenons ffacilement pourquoi plusieurs renoncent à ces types de soins. De l’autre côté, le renoncement pour les obturations coronaires et les détartrages s’expliquent par le caractère de non urgence de ces soins. Les obturations coronaires est le traitement des affections carieuses amelaires et dentinaires. Ces pathologies ne causant pas de grand tords au quotidien des patients de par leurs douleurs faibles et ou modérées, font en sorte que plus d’un ne les prennent pas au sérieux. Le détartrage quant à lui est un soin généralement d’assainissement de la cavité buccale, mais aussi le traitement des gingivites et parodontites. Ces deux pathologies, ne créant pas des grandes douleurs peuvent facilement passer inaperçues. A contrario, les très faibles taux de renoncement des soins endodontiques et des extractions dentaires s’expliquent par le caractere douloureux que leurs pathologies d’origines peuvent créer. Ces soins sont généralement des soins d’urgences, et de ce fait, sont rarement rénoncés.

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d’analyser le profil de renoncement aux soins bucco-dentaires, le taux de renoncement ainsi que les différents motifs de renoncement, et enfin les déterminants au renoncement en fonction de la couverture sanitaire.

L’hypothèse principale a été partiellement confirmée car, le taux de renoncement aux soins buccodentaires était inférieur à 60% mais il était observé que ce taux de renoncement était représenté principalement par les populations ayant des vulnérabilités telles que les revenus mensuels bas, les professions informelles avec les raisons financières comme principal motif à ce renoncement.

Le taux global de renoncement aux soins bucco-dentaires était chiffré à 47,5% avec des pics pour les obturations coronaires et les détartrages chacun chiffré à 64,2% et 42,3% respectivement. Les femmes étaient représentées dans ce taux à 63,4%, ceux ayant un revenu mensuel inférieur à 50.000FCFA l’étaient à 54,2% et ceux travaillant dans le secteur informel avaient une part chiffré à 40,5%.

Le principal motif évoqué était les raisons financières à 94,7%.

Les moyens de financement étaient diversifiés. Les paiements directs étaient représentés à 70,4% et seulement 5,4% des cas étaient financés par une assurance commerciale.

A l’issue de l’analyse, il est affirmé que le renoncement aux soins buccodentaires est lié au niveau social en prenant en compte des facteurs comme le revenu mensuel, la profession ou encore le statut matrimonial, le motif principal de renoncement étant de raisons financières. Les individus bénéficient très peu du financement provenant des assurances car réservé à une certaine classe sociale. Le financement provenant de l’Etat est inexistant et aucune politique de santé buccodentaire n’est encore effective afin d’assurer la protection financière en santé voulue par l’OMS à l’horizon 2030.

RECOMMENDATIONS

**1. Au Ministère de la Santé Publique**

• Intégrer les soins primaires de santé bucco-dentaire tels que les détartrages et les scellements des sillons dans la couverture sanitaire nationale afin de réduire les inégalités sociales et prévenir les maladies ;

• Mettre sur pied des dispositifs permettant de contrôler les paiements directs afin d’éviter des dépenses catastrophiques en santé des ménages, et par conséquent, diminuer les inégalités sociales en santé bucco-dentaire.

**2. Au Directeur de l’Hôpital EPC Djoungolo**

• Organiser périodiquement des campagnes humanitaires de soins bucco-dentaires et de prévention, ceci pour réduire la prévalence des maladies bucco-dentaires ainsi que les inégalités en santé bucco-dentaire ;

**3. A L’Ordre National des Chirurgiens-Dentistes**

• Effectuer des contrôles périodiques afin de s’assurer du respect de la tarification des soins buccodentaires.

• S’impliquer dans les politiques nationales de financement de la santé buccodentaire afin de diminuer les inégalités sociales des patients en termes de santé.

REFERENCES

1. Marchandot L. Santé bucco-dentaire et grande pauvreté : recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde. Université de Lorraine; 2014. 228 p.
2. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Sante bucco-dentaire des adultes. Evolution. 2016 ; 35 : 1-10.
3. Belaid I. Epidémiologie de la carie dentaire. 2007; 7(3): 3-5.

4. Chaupain S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires. Econ Stat. 2014; 469(1): 169‑97.

5. Matee M, Simon E. Utilisation of dental services in Tanzania before and after the introduction of cost-sharing. ScienceDirect. April 2000 ; [cité 22 janv 2024]. Volume 50, Issue 2, Pages 69-72.

6. Chandra SBR, Reddy CVK. Oral health status in relation to socioeconomic factors among the municipal employees of Mysore city. Indian J Dent Res. juin 2011;22(3):410.

7. Kikwilu EN, Kahabuka FK, Masalu JR, Senkoro A. Satisfaction with urgent oral care among adult Tanzanians. J Oral Sci. 2009;51(1):47‑54.

8. Njoumemi Z., Fadimatou A et Mapa C (2022) : Dépenses de santé et fragmentation du financement : un défi majeur pour la progression vers la couverture santé universelle. Présentation Orale, Conférence Nationale Médicale, 13-16 Décembre 2022, Palais des Congres, Yaoundé, Cameroun.

9.

10. Peres M, Macpherson L, Wayant R, Daly B, Venturelli R, Manu M et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 july; 394:249-260.

11. OMS. Santé buccodentaire. Genève: OMS; 2022 Mars. 3 p

12. OMS. Journée mondiale de la santé buccodentaire 2022. [En ligne]. 2022 Mars [Consulté le 30/11/22] : [01 page]. Consultable à l’URL : https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/journee-mondiale-de-la-sante-bucco-dentaire-2022

13. Galmiche F. Rôle de l’alimentation dans la santé buccodentaire. [Thèse d’exercice] : Université Henri Poincaré-Nancy 1, Faculté d’odontologie. 2011.194 p.

14. OMS. Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 : Combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Addis Abeba : OMS ; 2016.

15. Rachel M. Santé : 98% des camerounais souffrent d’infection buccodentaires. Actualités. [En ligne]. 2022 Mars [Consulté le 25/05/2023] : [01page]

16. Lasfargues JJ, Louis JJ, Kaleka R. Classiﬁcations des lésions carieuses. De Black au concept actuel par sites et stades. EMC (Elsevier SAS, Paris) Odontologie, 23-069-A-10, 2006.

17. Pierrard L, Braux J, Chatté F, Jourdain ML, Svoboda JM. Ethiopathogénie des maladies parodontales. EMC (Elsevier SAS, Paris), Odontologie, 23-435-E-10, 2015.

18. Kaze B. Cameroun - Santé Bucco-dentaire: 96,6% de Camerounais sont atteints de caries dentaires. Cameroon-Info.Net. [En ligne]. 2020 Mars [Consulté le 30/11/22] : [01pages].

19. D’agostino J. La maladie parodontale et la polyarthrite rhumatoide. [Thèse d’exercice] : Université Lorraine, Faculté d’odontologie. 2016. 111p.

20. Berglundh T, Armitage G, Araujo M, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(1):313–318.

21. Bellahsen Y. La nouvelle classification des maladies parodontales. [Thèse d’exercice] Université Paris Descartes, Faculté de chirurgie dentaire. 2019. 95 p.

22. Bercy P. Tenembaum H. Parodontologie du diagnostic à la pratique. De boeck, 1996.

23. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, Preet R, Wu F et al. Prevalence of loss of all teeth (edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. Int J Environ Res Public Health. 2014 October; 11:11308-24.

24. Turquet B. Apport de l’implantologie en prothèse adjointe partielle. [Thèse d’exercice] : Université de Lorraine, Faculté d’odontologie. 2017. 121 p.

25. Rios L. Impact des conditions orales sur le bien-être et la qualité de vie des patients édentés complets porteurs d’une prothèse amovible bimaxillaire. [Thèse d’exercice] : Université de Bretagne occidentalale, U.F.R d’odontologie. 2014. 89 p.

26. Haute autorité de santé (HAS). Prise en charge implantoprtée de l’édentement : Prothèse adjointe complète retenue-Prothèse fixée unilatérale. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2022. 33 p.

27. Abib A, Maatouk F, Berrezouga L, Azodo C, Uti O, El-Shamou H, et al. Prevalence of oral disease in the Africa and Middle East Region. Adv Dent Res. 2015 Juillet; 27:10-7.

28. Giraud O, Duhamel P, Seigneuric J, Cantaloube D. Traumatologie maxillofaciale : modalités thérapeutiques. EMC (Elsevier SAS, Paris), 22-068-10, 2002.

29. Thiéry G, Haen P, Guyot L. Noma. EMC (Elsevier SAS, Paris), 22-050-T-10, 2016.

30. Hyuna S, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soejomataram I, Ahmedin J, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May; 71:209-249.

31. Menard M, Rodriguez J, Hoffmann C, Villeneuve A, Halimi P. Cancers de la cavité orale. EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-627-A-10, 2018.

32. Agence Nationale d’accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. Avril 1998;28(2):151‑5.

33. Dissa Y. Etude des soins conservateurs des dents permanentes matures. C.H.U d’odontostomatologie de Bamako. 121 p.

34. Sabrié A. Extraction dentaire. Traitement des pathologies bucco dentaires. 2007; 26(2) :6-7.

35. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé. Impacts sur l’accès aux soins de prévention. Lien Soc Polit. 2006;(55):115‑24.

36. Sghari B.A, Hammami S. Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Éthique Santé. Décembre 2016;13(4):185‑94.

37. Thomson WM. Social inequality in oral health. Community Dentistry and Oral Epidemiology. October 2012 [consulté le 23/01/2024]; Volume 40: pg 38-42.

38. Costa S, Martins C, Bonfim M, Zina L, Paiva S, Pordeus I et al. A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults. Juin 2012; 7(2) : 3-5

39. Gilbert G, Duncan R, Dolan T, Foerster U. Twenty–Four Month Incidence of Root Caries among a Diverse Group of Adults. 2001 ; 35 (5): 366–375.

40. Varenne B, Petersen P, Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. International Dental Journal. April 2006 ; Volume56 ; Pages 61-70.

41. Polton D. La gouvernance des systèmes de santé et d’assurance maladie, une perspective internationale. Regards. 2017;52(2):175‑85.

42. Wang T, Mathur R, Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. Oct 2020; 98(10):719–721.

43. Diop M, Kanouté A, Diouf M, Ndiaye AD, Lo CMM, Faye D, et al. The role of health insurance in the coverage of oral health care in Senegal. J Public Health Africa. 31 déc 2018;9(3):772.

44. Ministère de la santé publique. Rapport OASIS: Evaluation organisationnelle pour l’amélioration et le renforcement du financement de la santé vers la couverture universelle au Cameroun. Yaoundé : MINSANTE, OMS ; 2016. 70 p.

45. Després C, Fantin R. Dépense de santé et accès financier aux services de santé. 2008;2:85-95.

46. 6. République du Cameroun. Stratégie Nationale de Développement 2020-2030. Yaoundé. 2020. 231 p.

47. Sangare AD, Samba M, Guinan JC, Massamba JC, Diouf, Ramata M, Bakayoko LY, Bourgeois D. Socio demographic factors associated with renunciation to oral care in côte d’ivoire. MOJ Public Health. 2017;6(1):241‒248. DOI: 10.15406/mojph.2017.06.00156

48. Samba M, Kouadio NGA, Guinan JC, et al. Le renoncement aux soins bucco-dentaires à Abidjan. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillofac. 2003;10:52‒57.

49. Lo CM, Cissé D, Faye D, et al. Facteurs associés au renoncement aux soins bucco-dentaires au Sénégal. Lettre de Santé Publique buccodentaire. 2010;1:8‒11.

50. Ndongo JC. Emergence des mutuelles de santé au Cameroun. Rev Int de l’économie sociale. 2015 Avril; 336:23-35.

51. World health Organization Global Health Expenditure database [En ligne]. Geneva: The world bank. 2020. % of current health expenditure –Subsaharan Africa.. [Consulté le 17/05/2023]:[3 pages]. Consultable à l’URL : Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Sub-Saharan Africa | Data (worldbank.org)

52. OMS. Rapport de la situation de la santé buccodentaire dans le monde : vers la couverture sanitaire universelle pour la santé buccodentaire d’ici à 2030 : Résumé d’orientation.¬ Génève: OMS; 2022 Novembre. 20 p.

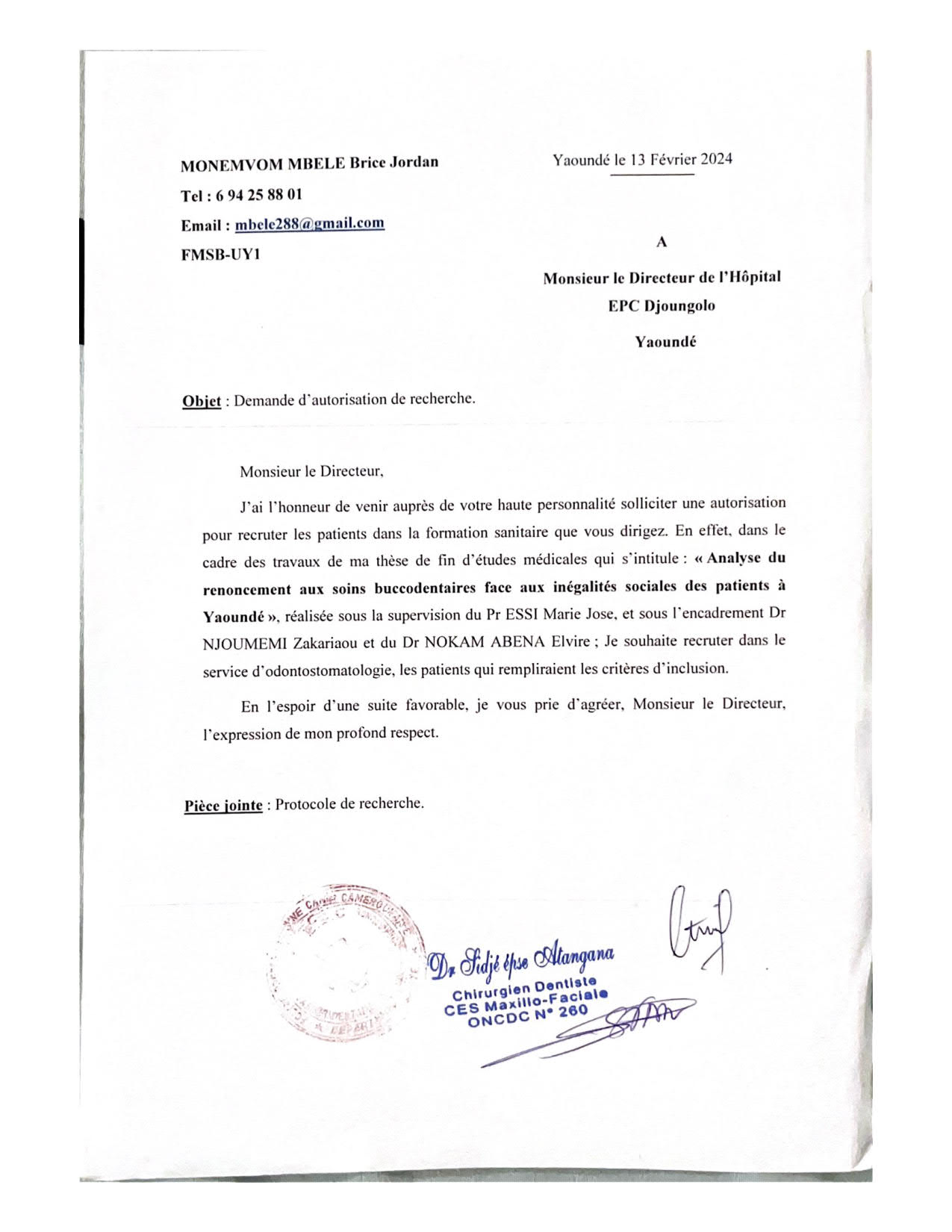
53. Abega SC, Ngo Yebga S. La prise en charge de la santé par les associations du quartier de Biyem Assi (Yaoundé), bulletin de l’APAD [En ligne]. OpenEdition journals ; 2006 Avril. [Consulté le 12/05/2023] : [11 pages]. Consultable à l’URL : La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé) (openedition.org)

ANNEXES

1. Clairance Ethique

****

1. Autorisation de recherche Hopital EPC Djoungolo

****

1. FICHE D’INFORMATION

Thème : « **Les inégalités sociales en santé bucco-dentaire : étude comparative du taux de renoncement aux soins chez les patients assurés et non assurés »**

**But de l’étude**: Mettre en exergue la différence du taux de renoncement aux soins entre les patients assurés et non assurés.

**Site de l’étude** : Les services d’odontostomatologies des hôpitaux publics de Yaoundé : HGY, CHUY, l’Hôpital CNPS de Yaoundé.

**Durée de l’étude** : huit mois, de novembre 2023 en Juin 2024

**Intérêt de l’étude** : Les résultats obtenus permettront d’avoir des données fiables en vue d’éclairer la décision sur les politiques sociales liées à la prise en charge patients BD.

**Considérations éthiques** : le protocole de cette étude a été soumis au Comité Institutionnel d’Ethique et la Recherche de la FMSB (CIER/ FMSB). Après avoir procédé à votre identification, un code vous sera attribué pour bénéficier de l’anonymat. Toutes les informations recueillies à votre sujet seront confidentielles. Toutefois vous êtes libre d’accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous serez également libre de vous retirer de cette étude sans la moindre contrainte.

Si vous tenez à participer à cette étude, nous souhaitons que vous soyez prêt à vous soumettre à ses exigences. Votre participation à cette étude devrait donc être profitable pour vous, pour nous, et pour le reste de la population.

Si vous avez besoin d’avantage d’informations, vous pouvez l’obtenir auprès des responsables de l’étude :

Directeur : Pr ESSI Marie Jose

Co-Directeur : Dr NJOUMEMI Zakariaou

Co-Directeur : Dr NOKAM ABENA Elvire

Investigateur : MONEMVOM MBELE Brice Jordan ; étudiant en 7è année médecine bucco-dentaire de la FMSB ; Tél : 694 258 801 ; email : [mbele288@gmail.com](mailto:mbele288@gmail.com)

1. Demande d'autorisation de recherche

MONEMVOM MBELE Brice Jordan Yaoundé le …………….

Tel : 6 94 25 88 01

Email : mbele288@gmail.com

**A**

**Monsieur le Directeur de l’Hôpital …**

**A**

**Monsieur le Directeur de l’Hôpital …**

FMSB-UY1

**Objet** : Demande d’autorisation de recherche.

Monsieur le Directeur,

J’ai l’honneur de venir auprès de votre haute personnalité solliciter une autorisation pour recruter les patients dans la formation sanitaire que vous dirigez.En effet, dans le cadre des travaux de ma thèse de fin d’études médicales qui s’intitule : « **Les inégalités sociales en santé bucco-dentaire : étude comparative du taux de renoncement aux soins chez les patients assurés et non assurés »**, réalisée sous la supervision du Pr ESSI Marie Jose, et sous l’encadrement Dr NJOUMEMI Zakariaou et du Dr NOKAM ABENA Elvire ; Je souhaite recruter dans le service d’odontostomatologie, les patients qui rempliraient les critères d’inclusion.

En l’espoir d’une suite favorable, je vous prie d’agréer, Monsieur le Directeur, l’expression de mon profond respect.

Pièce jointe : protocole de recherche.

1. CONSENTEMENT ECLAIRE

Thème : **Les inégalités sociales en santé bucco-dentaire : étude comparative du taux de renoncement aux soins chez les patients assurés et non assurés**

Je soussigné (e)

Mr/ Mme…………………………………………………………………. certifie avoir été contacté(e) par l’étudiant en médecine bucco-dentaire MONEMVOM MBELE Brice Jordan. Celui-ci m’a proposé de participer à cette étude dans le cadre d’une thèse de doctorat en médecine bucco-dentaire.

Je reconnais avoir lu la fiche d’information et m’être suffisamment informé auprès des investigateurs. J’ai bien compris le but de cette étude ainsi que les avantages et les contraintes qui y sont liés.

Ces informations resteront confidentielles ; je pourrai aussi me retirer de l’étude à tout moment, si je le désire. J’accepte de mon plein gré de participer à cette étude, et de me soumettre aux exigences qu’elle requerra pour être correctement conduite

Participant Investigateur principal

Cameroun, le …. /…../ 2024

1. Chronogramme

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Période | 2023 | | 2024 | | | | | | |
| Nov. | Déc. | Jan. | Fév. | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet |
| Rédaction du protocole |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autorisation de recherche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Recrutement et analyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rédaction |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Finalisation de la thèse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soutenance |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Correction de la thèse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Budget estimatif

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITES | PRIX | NOMBRE | TOTAL (FCFA) |
| Impressions diverses | Forfait |  | 200 000 |
| Autorisations | 10 000 |  | 50 000 |
| Registre | 5 000 | 01 | 5 000 |
| Impression | 10 000 | 10 | 100 000 |
| Communication | 10 000 | 10 | 100 000 |
| Ordinateur | 200 000 | 01 | 200 000 |
| Disques externes | 40 000 | 01 | 40 000 |
| Taxi (par mois) | 16 000 | 08 | 128 000 |
| Soutenance | / | / | 200 000 |
| Imprévus |  |  | 102 500 |
| TOTAL |  |  | 1 127 500 |

**QUESTIONNAIRE**

**Fiche :** \_\_\_\_\_\_ **Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date :** \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 0 : DONNES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES** | | | |
| N° | Questions | Propositions |  |
| 1. | *Sexe* | 1) Féminin ; 2) Masculin ; |  |
| 2. | *Age* | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ans (âge exact en année)  1) [0-10] ; 2) [11-15] ; 3) [16-20] ; 4) [21-25] ; 5) [26-30] ; 6) [31-40] ; 7) ; [41-50] ; 8) [51-60] ; 9) Plus de 60 ans |  |
| 3. | *Aire culturelle* | 1) Côte ; 2) Forêt ; 3) Grassfields ; 4) Sahel ; 5) Savane |  |
| 4. | *Niveau d’instruction* | 0) Sans ; 1) Ecole coranique ; 2) Primaire ; 3) Premier cycle ; 4) Second cycle ; 5) Supérieur |  |
| 5. | *Statut matrimonial* | 1) Célibataire ; 2) Union libre ; 3) Concubinage ; 4) Marié ; 5) Divorcé ; 6) Veuf |  |
| 6. | *Religion* | 1) Animiste ; 2) Chrétien ; 3) Musulman ; 4) Athée |  |
| 7. | *Profession* | 0) Sans ; 1) Elève ; 2) Etudiant ; 3) Secteur informel ; 4) Secteur formel   5) Fonctionnaire ; 6) secteur privé |  |
| 8. | *Revenu mensuel (XAF)* | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Francs (estimer montant exact)  0) Aucun ; 1) Moins de 50.000 ; 2) 50.000 – 100.000 ; 3) 100.000 – 250.000 ; 4) 250.000-500.000 ; 5) Plus de 500.000 |  |
| 9. | *Nombre d’enfants* | 0) Aucun ; 1) 1-2 ; 2) 3-5 ; 3) Plus de 5 |  |
| 10. | *Secteur d’activité* | 0) Primaire 1) Secondaire 2) Tertiaire |  |
| 11. | *Appartenance niveau sociale* | 0) précaire ; 1) ouvrière ; 2 moyenne ; 3) supérieure |  |
| 12. | *Type de foyer* | 0) Monogamie ; 1) Polygamie |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 : RENONCEMENT AUX SOINS BUCCODENTAIRES** | | | |
| 13. | *Affection(s) dentaire(s) diagnostiquée (s).* | 0) Aucune ; 1) Carie dentaire ; 2) Edentement ; 3) Perte de substance d’origine non carieuse ; 4) Anomalie de structures ; 5) Anomalie orthodontique |  |
| 14. | *Soin(s) buccodentaire(s) prescrit(s)* | 0) Aucun ; 1) Conservateurs ; 2) Endodontiques ; 3) Parodontaux ; 4) Chirurgicaux ; 5) Orthodontique ; 6) Prothétiques |  |
| 15. | *Préciser* |  |  |
| 16. | *Soin(s) buccodentaire(s) renoncé(s)* | 0) Aucun ; 1) Conservateurs ; 2) Endodontiques ; 3) Parodontaux ; 4) Chirurgicaux ; 5) Orthodontique ; 6) Prothétiques |  |
| 17. | *Préciser* |  |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 : MOTIF(S) DE RENONCEMENT** |
| 1) Couts élevés ; 2) Distance ; 3) Plateau technique obsolète ; 4) Croyances ; 5) Phobies 6) Langue |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 3 : DETERMINANT DU RENONCEMENT EN FONCTION DE LA COUVERTURE SANITAIRE** | | | |
| 19. | *Quel(s) est (sont) votre (vos) moyen(s) d´autofinancement ?* | 0) Aucun ; 1) Paiement direct ; 2) ONG ; 3) Emprunt bancaire ; 4) Emprunt tontine/association ; 5) Emprunt Famille ; 6) Dons |  |
| 20. | *A quel financement public avez-vous eu recours pour la prise en charge ?* | 0) Aucun ; 1) Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) ; 2) Subventions |  |
| 21. | *A quel pourcentage le ou les soins effectués ont-ils été financés par les fonds publics?* | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/% (estimer chiffre exact) |  |
| 22. | *A quel financement privé êtes-vous affilié ?* | 0) Aucun ; 1) Assurance commerciale ; 2) Assurances à base communautaire (mutuelles) ; 3) Service financé par l’employeur ; 4) Assurance Famille/Ménage |  |
| 23. | *A quel pourcentage le ou les soins effectués ont-ils été financés par le privé?* | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/% (estimer chiffre exact) |  |
| 24. | *De quel réseau de soutien social bénéficiez-vous ?* | 0) Aucun ; 1) Organisé ; 2) Informel ; 3) Tontines |  |