

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)

Année académique : 2013-2014

N°

THESE

**ETUDE CAP (CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES)
SUR L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DES ELEVES DE
L'ECOLE 501 ATTBOUGOU DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2014 devant
la faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie

PAR M^{ME} TRAORE BINTOU FANE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Prof Tiémoko Daniel COULIBALY

Membre : Dr Moussa SOUMANA

Co-directeur : Dr Ousseynou DIAWARA

Directeur de thèse : Prof Samba DIOP

DEDICACES

Par la grâce de Dieu, le Tout Puissant, le clément, le Miséricordieux Je me prosterne devant ta Grandeur pour te remercier de m'avoir comblée de ta grâce et de m'avoir assistée tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir.

Je dédie ce travail :

A feu mes grands parents

Souleymane Doumatiè fané, Jean Marie Noudion Togola et Marie CLAIRE
Bagné coulibaly

J'aurai souhaité que vous soyez à mes côtés aujourd'hui mais le bon Dieu en a décidé autrement. Vos sacrifices ne seront jamais vains. J'imagine la grande joie que vous éprouveriez aujourd'hui.

Qu'Allah vous accorde la paix éternelle et vous accueille dans son paradis !

A ma grand- mère

Très chère homonyme ce travail est tien

A mon père Moussa Fané

Vous avez tout fait pour que nous recevions une bonne éducation, tes conseils et encouragement n'ont pas fait défaut. Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime, de ta confiance et t'accorder longue vie afin que tu puisses en jouir

A ma très chère mère Sabine Togola

Douce mère, tendre mère, courageuse mère. Vous êtes pour nous une mère exemplaire, symbole de patience, de tendresse et de croyance. Vous nous avez enseigné le respect, l'honnêteté, l'amour du prochain et du travail bien fait.

Ce travail est le fruit de tes multiples sacrifices, de tes prières, de ton amour et de tes encouragements. Tu as consacré le meilleur de toi même à notre éducation et à notre réussite. Puisse le Seigneur me permettre de te le rendre au centuple.

Tes peines, tes privations, tes sacrifices n'ont pas de mesure à mes yeux. Bon DIEU, les mots me manquent. Je t'admire car tu as eu maintes fois des occasions de t'effondrer mais avec ta force de caractère, tu as toujours su te relever.

Chère mère, sincèrement je ne trouve pas les mots pour exprimer toute l'affection et l'amour que je porte à votre endroit... Aujourd'hui j'aimerais t'offrir la récompense de tes efforts en te disant toute la fierté et le bonheur que j'ai de t'avoir comme maman chérie... Sois rassurée chère maman de mon indéfectible attachement. Ton souci pour ma soutenance depuis tant d'années est devenu réalité.

Que DIEU t'accorde longue vie auprès de nous,

Je t'aime

A mon tonton Thomas Togola

Tu as toujours été à mes côtés et à des moments difficiles, je te dis merci tonton.

A mes Frères et sœurs:

Anna, Maimouna, Binta, Ibrahime et Souleymane Fané

Pour votre soutien dans la réalisation de ce travail. Vous m'êtes tous très chers.
Que Dieu renforce encore plus nos liens fraternels.

A ma belle famille

Vous m'avez aimée comme votre propre fille, sœur, toujours soucieux de la
bonne continuité de mes études. Vous vous êtes montré très compréhensif par
rapport à mes multiples absences dans la famille. Merci pour votre amour et
votre bonne compréhension.

A mon mari Adama Moro Traore

Mon ange gardien ; depuis l'instant où le destin nous a mis sur le même chemin,
tu n'as cessé de m'apporter joie, soutien, amour et encouragements.

J'ai toujours trouvé en toi un homme généreux, plein d'attention, partageant mes
peines et mes inquiétudes. Auprès de toi, je retrouve quiétude et réconfort ta
bonne volonté et de ton énorme sacrifice. Tes soutiens moraux et financiers ne
m'ont jamais fait défaut. Ce travail est aussi tien. Que Dieu le tout puissant
nous accorde un foyer d'amour et d'entente.

Mon petit prince Elias Adama Traoré

Que Dieu te bénisse te donne longue vie, santé, intelligence et sagesse. Que ce
travail soit pour toi un exemple

A ma nièce Aicha Moussa N'game

Que Dieu te donne la sagesse, la santé et l'intelligence, tu me procure une joie immense. Que ce travail soit également pour toi un exemple

REMERCIEMENT

Je remercie tout le corps professoral de la FMOS

A tout les tontons et tanties de la MRTC et du département de la santé publique
vos soutiens et conseils mon permis de voir le bout du tunnel

A ma très chère cousine Mme DIARRA Jeanette Celestine COULIBALY de
m'avoir supporté tout au long de notre séjour au Point G.

A tous mes amis et collègues de la FMOS

A toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce
travail.

Merci à tous !

A la famille Diarra de vos soutien inconditionnel, soutien sans lequel je n'aurai
peu être pas pu voir ce jour encore merci!

A tout le personnel du service de stomatologie et des cabinets dentaires 13 et 12
merci d'avoir contribué a ma formation et a réalisation de ce travail.

A tout le personnel de la cellule informatique de la FMOS particulièrement Mr
Ibrahim Boua SACKO, pour leur contribution dans la réalisation de ce travail.

A Mr Cheick COULIBALY gestionnaire de la MRTC (Malaria Research and
Training Center) pour son soutien

Aux enseignants et élèves du groupe scolaire de 501 Logements de n'avoir
ménagé aucun effort pour le déroulement de l'enquête.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de jury :

Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

- Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la F.M.O.S
- CES d'odontologie chirurgicale
- Diplômé de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale
- Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako
- Coordinateur de la filière d'odontostomatologie à la F.M.O.S de Bamako
- Coordinateur de CES de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury de thèse. Nous sommes très honorés de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de cette thèse. Votre rigueur scientifique et votre disponibilité font de vous un grand maître que nous garderons en mémoire.

Permettez-nous cher Maître, de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Juge :

Dr Moussa SOUMANA

- Docteur en médecine, diplômé de la FMOS de Bamako,
- Directeur Technique du Centre de Santé Communautaire de yirimadio "ASACOCY" de 2005 à nos jours,
- Secrétaire Général du FESYSAM,
- Secrétaire Général du SYNAFSACT (Syndicat National des fonctionnaires de la Santé de l'Action Sociale des Collectivités Territoriales).

Cher Maître

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous vous prions d'y trouver l'expression de notre profond respect.

Votre gentillesse et vos qualités d'écoute nous ont profondément marquées.

Qu'il me soit permis ici de vous prouver notre gratitude et de vous remercier

A notre Maître et Co-Directeur de thèse :

Docteur Ousseynou DIAWARA

- Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)
- Spécialiste en santé publique odontostomatologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (U.C.A.D)
- Spécialiste en parodontologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (U.C.A.D)
- Ancien Médecin chef adjoint à Bafoulabé, Kita
- Ancien Médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de San
- Formateur à l'INFSS de Bamako
- Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako

Cher Maître

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger cette thèse. Nous sommes très fiers de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Homme de science et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité. Les mots nous manquent pour vous remercier.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre plus haute considération

A Notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique / bioéthique / DER de santé publique, FMOS, Université de Bamako
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMOS
- Membre du comité d'éthique à la FMOS et au Comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie ;

Cher Maître

Vos qualités de formateur et votre savoir-être imposent le respect.

Votre amour pour les milieux communautaires et ruraux et votre volonté déterminée d'amener ces populations à un niveau de santé acceptable font de vous un patriote et un être sociable.

Votre volonté de faire de nous des chercheurs confirmés nous enorgueillit.

Nous vous prions, cher maître, de recevoir notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Puisse Allah, Le Très Haut, vous combler de sa bénédiction, Amina !

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	1-3
1. Enoncé du problème	
2. Justification de l'étude	
II. OBJECTIFS.....	4
III. GENERALITES.....	5-28
IV. METHODOLOGIE	29-34
V. RESULTATS.....	35-56
VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	57-62
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63-66
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67-72
ANNEXES	73-79

I.INTRODUCTION

1. Enoncé du problème

Les maladies bucco-dentaires sont qualifiées de problèmes de santé publique majeurs, en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées. Elles atteignent plus souvent les populations défavorisées et socialement marginalisées[1].

Outre les douleurs et l'infection, les pathologies bucco-dentaires entraînent fréquemment des difficultés de mastication, d'élocution ainsi qu'une détérioration de l'apparence physique qui nuit à l'estime de soi et peut avoir des conséquences défavorables sur la vie sociale[2].

La carie dentaire reste un problème de santé bucco-dentaire majeur dans la plupart des pays industrialisés, puisqu'elle touche 60 à 90% des élèves et la grande majorité des adultes. Elle est également répandue dans plusieurs pays d'Asie et d'Amérique latine[3].

Les prévalences de cette affection chez les enfants en milieu scolaire, dans certains pays, sont disparates et élevées: Au Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire (87,2%), à Frasebourg au Cap en Afrique du Sud (58,2%), au Swaziland (33,7%), au Zanzibar (31,0%) et au Zimbabwe (19,8%) chez les enfants de 12ans[4,5]

Les maladies buccodentaires peuvent engendrer des troubles du sommeil, ainsi que des problèmes de comportement et de développement chez l'enfant. Elles peuvent être la cause de l'absentéisme scolaire voire l'absence des parents au travail parce qu'ils doivent accompagner les enfants dans les structures de prise en charge.

KATTIE A.L. et coll rapportaient dans leur étude que 34,89 % des enfants ont été absents au moins une fois dont 19,78 % pour des douleurs de pulpites pendant les heures de cours pour aller consulter leur chirurgien dentiste et 22,66 % bénéficiaient d'un repos d'au moins une journée. Ces problèmes bucco-dentaires entraînaient une perte de temps de cours qui représente parfois 8,08 % du volume horaire annuel par enfant.[6]

Compte tenu de la relation entre maladies bucco-dentaires et les maladies chroniques non transmissibles, une bonne pratique de l'hygiène bucco-dentaire permet de réduire beaucoup de facteurs de risque commun que ces deux entités de maladies partagent.

Une bonne santé bucco-dentaire améliore la qualité de vie et fait partie intégrante de la santé générale. L'amélioration de la santé passe par la connaissance et l'appropriation des mesures d'hygiène.

Pour prévenir ces affections buccodentaires en milieu scolaire une étude CAP est nécessaire afin d'adapter les stratégies de prévention et de promotion de l'hygiène buccodentaire.

2. Justification de l'étude

L'hygiène buccodentaire est un ensemble de pratiques permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents. Une bonne hygiène buccodentaire participe ainsi à notre santé et à notre bien être; sa déficience peut nuire à l'apparence et à l'estime de soi, rend difficile la mastication et la digestion des aliments[7].

L'importance de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé), n'est plus à démontrer dans la prévention des maladies buccodentaires. Une HBD est le pré

requis nécessaire pour éviter les pathologies buccodentaires pouvant se révéler extrêmement douloureuses, voire mortelles pour l'être humain dans certains cas exceptionnels. Elle vous évitera bien des souffrances chez le dentiste en plus de vous permettre de faire de réelles économies[7].

Beaucoup d'études en milieu scolaire sur les maladies buccodentaires particulièrement sur la carie dentaire et les maladies parodontales ont été effectuées au Mali (épidémiologie de la carie dentaire en milieu scolaire à Kati; Epidémiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans en commune IV du district de Bamako à travers 4 écoles; Besoin de traitement parodontal chez les élèves du district de Bamako, Etat bucco- dentaire chez les scolaires de 12 ans de Djelibougou en commune I du district de Bamako à travers deux(2) groupes scolaires publics)[8,9,10,11]. Cependant des efforts doivent être fournis en matière de prévention de ces affections et en générale de la santé des scolaires et universitaires.

Les maladies buccodentaires et les maladies chroniques non transmissibles ayant des relations à cause des facteurs de risque commun nécessitent des mesures de prévention. Pour les prévenir il faut nécessairement connaître ou apprendre et adopter les conseils du personnel socio-sanitaire.

II.OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des élèves de l'école 501 ATTbougou de Bamako face à l'hygiène buccodentaire.

.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des élèves de l'école 501 d'ATTbougou de Bamako,
- Déterminer le niveau de connaissance des élèves sur l'hygiène buccodentaire et quelques maladies buccodentaires,
- Décrire les attitudes des élèves face aux affections buccodentaires et à l'HBD
- Décrire les habitudes pratiques d' HBD.
- Faire des recommandations sur la prévention et la promotion de l'HBD.

III. GENERALITES

1. Anatomie de la cavité buccale[12]

La bouche est la partie de l'appareil digestif dont l'orifice se situe au niveau de l'étage inférieur de la face. On décrit habituellement dans la cavité buccale six parois :

- la paroi supérieure qui est formée par la voûte du palais ;
- la paroi inférieure qui est formée par le muscle mylo-hyoïdien ;
- la paroi antérieure qui n'existe que quand les lèvres sont en contact, c'est en fait une ouverture ;
- la paroi postérieure qui est également une ouverture, n'existe que quand le voile du palais est abaissé ;
- les deux parois latérales qui sont constituées par les faces internes des joues, tapissées essentiellement par les muscles buccinateurs.

La cavité buccale est divisée par les arcades gingivales-dentaires en deux parties : l'une périphérique ou vestibule de la bouche, l'autre centrale ou cavité buccale proprement dite. Les deux parties communiquent entre elles par les espaces inter-dentaires d'une part et d'autre part par l'espace rétro dentaire situé en arrière des molaires. Elle est essentiellement occupée par la langue et les arcades dentaires maxillaire et mandibulaire, et elle est constamment humidifiée par la salive. Elle est tapissée de muqueuses qui sont de 3 types selon SCHRÖEDER :

- les muqueuses bordantes ou type I : elles sont formées d'un épithélium non kératinisé faiblement attaché au tissu conjonctif sous-jacent. Ce type de muqueuse se retrouve au niveau du palais mou, de la face ventrale de la langue, du plancher de la bouche, de la face interne des lèvres et des joues, de la muqueuse alvéolaire ;

- les muqueuses masticatoires ou type II : elles sont formées d'un épithélium kératinisé avec un tissu conjonctif invaginé. Ces muqueuses adhèrent fortement au périoste grâce à un réseau de fibres. La gencive et le revêtement du palais appartiennent à cette classe ;
- les muqueuses spécialisées ou de type III : cette classe de muqueuses comporte essentiellement le revêtement dorsal de la langue qui est formé d'un épithélium kératinisé avec des structures spécialisées qui sont les papilles linguales (caliciformes, fongiformes, foliées, filiformes). Dans ce type de muqueuse, le tissu conjonctif est rattaché aux muscles linguaux

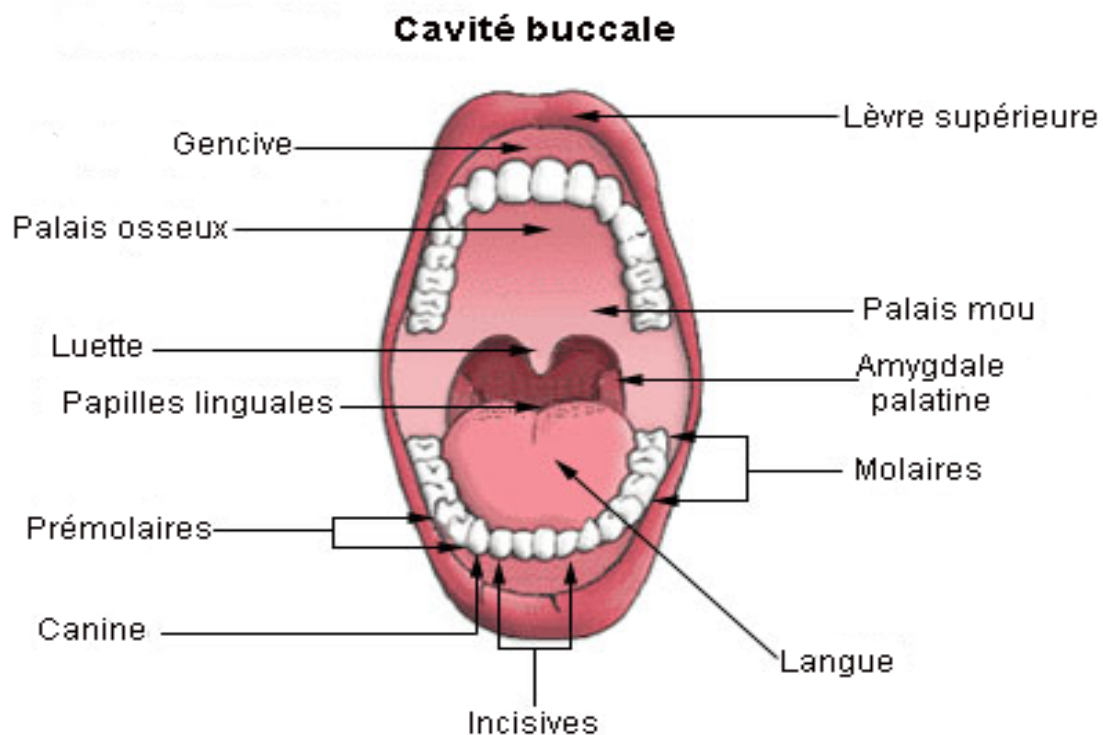


Figure 1: Vue antérieure de la cavité buccale[13]

2. Fonction de la cavité buccale

La fonction de la cavité buccale et de ses structures est de commencer le processus digestif. La cavité buccale forme la première cavité du tube digestif et détient plusieurs fonctions qui sont : la salivation, la dégustation, la mastication, la déglutition, la phonation, la respiration, l'expression, la communication et l'esthétique.

Toutes ces fonctions sont déterminantes pour la santé générale. Il est donc primordial de préserver la santé buccale afin de maintenir la qualité de vie de l'individu [14].

La cavité buccale reçoit la nourriture qui y est mastiquée et mélangée à de la salive avant que le processus de déglutition (action d'avaler) débute. Les papilles gustatives situées sur la langue procurent les différentes sensations gustatives (goût). La cavité buccale joue un rôle important dans la parole. La bouche permet aussi la respiration, la consommation de liquides, les expressions faciales et les interactions sociales, comme embrasser [15].

3. Le biofilm dentaire [16]

Étymologiquement, le terme biofilm, vient du grec «bios» (vie) et de l'anglais «film» (pellicule). Il est unanimement admis que la grande majorité des micro-organismes sont présents dans leur environnement naturel, sous la forme de biofilms.

La carie dentaire et les maladies parodontales sont des maladies infectieuses polymicrobiennes. Le contrôle, voire l'élimination mécanique de la plaque dentaire, organisée sous la forme d'un biofilm, constitue une des clés de voûte de sa prévention. Pour rappel, le terme de biofilm ne s'applique pas aux débris alimentaires, encore appelés *materiae alba*, qui eux, sont éliminés par simple jet d'eau sous pression, car ils ne font pas intervenir des phénomènes d'adhérence, mais uniquement de simples mécanismes de rétention et de tassement. L'élimination de la plaque nécessite sa désorganisation mécanique par un

brossage méticuleux. Lors de la phase de maturation, le biofilm peut acquérir une taille tridimensionnelle dite en épis de maïs ou de champignon, avec une masse variante entre 5 et 200 milligrammes.

Rappelons que pour pouvoir croître et se développer, les bactéries ont besoin d'énergie; celle-ci est apportée par les glucides, et leur dégradation ou glycolyse, aboutit à l'acétylcoenzyme A.

4. Ecosystème buccal [12]

Le milieu buccal est constitué essentiellement d'un ensemble de structures épithéliales et dentaires recouvertes de salive, et plus localement de fluide gingival. Il présente des conditions physicochimiques et nutritionnelles favorables à l'établissement et à la croissance d'une flore bactérienne commensale très variée. La flore commensale de la cavité buccale présente les caractéristiques suivantes :

- abondante : 10⁹-10¹¹ bactéries/ml de salive

très hétérogène : Gram +, Gram – (streptocoque, staphylocoque, fusobactérium, bactéroïdes) aérobies-anaérobies facultatives (corynébactérium matruchotu) qui joue un rôle important dans la formation de plaque) micro-aérophiles (aggregatibacter actinomycetem comitans) anaérobies strictes.

- très polymorphe : cocci-bâtonnets – coccobacilles;
- fusobactéries – filament courbe;
- filament en virgule et en spirale
- présence de bactéries mobiles.

Les bactéries peuvent être cariogènes et parodontopathogènes.

Les bactéries impliquées dans l'initiation et dans le développement de cette pathologie carieuse d'origine infectieuse ont été largement décrites tout comme le sont les mécanismes physiopathologiques[17].

La plupart des espèces bactériennes sont associées à des sites spécifiques dans la cavité buccale d'où la notion de niches écologiques, tels que le sillon gingivo-dentaire, les replis muqueux au niveau des joues, du palais du plancher, de la langue. A l'intérieur de ces niches écologiques, de multiples interactions sont mises en jeu : d'une part entre les éléments du micro-environnement et les bactéries qui y résident, d'autre part, entre les bactéries elles-mêmes dans la mesure où elles sont capables d'évoluer ensemble.

Ces interactions multifactorielles permettent de définir la cavité buccale comme un véritable écosystème en relation directe avec le milieu extérieur ce qui permet d'aboutir à des phénomènes complexes, tels que la colonisation bactérienne et tout particulièrement, à la formation des plaques bactériennes.

Dans les conditions physiologiques normales, ces différentes niches écologiques au sein de l'écosystème buccal, sont en équilibre, ce qui se traduit cliniquement par un état sain avec un minimum de perturbations tissulaires.

Par contre, tout désordre de l'état général (pathologie diverse, diminution des réactions de défense spécifiques ou non, modifications hormonales) ou local (hygiène bucco-dentaire déficiente, perturbation des facteurs hôtes dans le milieu buccal etc.) entraînera un déséquilibre avec variations qualitatives et quantitatives de la flore bactérienne et apparition éventuelles de troubles infectieux.

5.facteurs de risque des maladies buccodentaires

Les motifs de la morbidité évoluant rapidement dans le monde ils sont étroitement liés à l'évolution des modes de vie, qui comprennent les régimes riches en sucres, l'utilisation généralisée de tabac, et une augmentation de la consommation d'alcool. En plus de déterminants socio-environnementaux, les maladies bucco-dentaires sont fortement liées à des facteurs de style de vie, qui sont les risques pour la plupart des maladies chroniques ainsi que les facteurs de protection tels que l'exposition suffisante au fluor et une bonne hygiène buccale.

La Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, ajoutée à l'approche de facteur de risque commun est une nouvelle stratégie de gestion de la prévention et du contrôle des maladies buccodentaires. Le Programme OMS de santé buccodentaire a également renforcé son action pour améliorer la santé buccodentaire à l'échelle mondiale grâce à des liens avec d'autres programmes techniques au sein du Département Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé[3]

La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs communs de risque. De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations buccodentaires qui accroissent le risque de maladies buccodentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales.

Cette conception élargie de la santé buccodentaire ne diminue en rien l'importance des deux principales pathologies bucco-dentaires au plan mondial – la carie dentaire et les maladies parodontales. Il est possible de les prévenir et de les traiter grâce à un ensemble de mesures individuelles, communautaires et professionnelles[3].

6. Les pathologies buccodentaires [18]

La cavité buccale est souvent le siège de nombreuses pathologies qui sont soit spécifiques, soit en rapport avec une maladie générale et parmi lesquelles la carie dentaire et les parodontopathies sont les plus fréquentes.

6.1. La carie dentaire

Selon l'OMS, la carie dentaire est définie comme un « processus localisé d'origine externe apparaissant après l'éruption des dents, qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évolue vers la formation d'une cavité »

Elle touche 90 à 95 % de la population. C'est une maladie multifactorielle dont le développement dépend de l'ingestion des hydrates de carbone, des micro-organismes de la plaque adhérente à la surface des dents, de la durée de l'influence exercée par les facteurs nocifs cariogènes et des propriétés inhérentes à la structure des tissus dentaires.

La perte de substance se manifeste à des sites préférentiels sur les dents qui correspondent à des sites de rétention de la plaque dentaire au niveau des sillons des faces occlusales, des points de contact inter-dentaires et au niveau du collet.

Elle atteint aussi bien les dents permanentes que les dents temporaires. Cependant, l'enfant, de par l'immaturation de ses structures dentaires avec un émail peu minéralisé, une dentine poreuse avec de nombreux tubuli et une pulpe volumineuse, est un sujet très sensible à l'attaque carieuse.

Il s'y ajoute que les changements des habitudes alimentaires avec l'introduction de plus en plus fréquente et précoce d'une alimentation riche en hydrates de carbone et surtout la multiplication de ces prises alimentaires (grignotage) vont entraîner des formes cliniques particulières

de la carie chez l'enfant (caries précoces de l'enfance) qui peuvent avoir des conséquences désastreuses sur son développement et sa santé générale.

La localisation carieuse la plus fréquente en denture temporaire est celle siégeant au niveau proximal, représentée par « l'ensemble » carie distale de la première molaire temporaire et carie mésiale de la deuxième molaire temporaire.

Par contre en denture permanente chez l'enfant ou l'adolescent, les lésions carieuses siègent surtout au niveau des sillons, puits et fissures. La dent de six ans illustre parfaitement cette forme caractéristique de carie au niveau d'une denture jeune. Elle peut néanmoins exister au niveau de toutes les dents immatures

La carie de surface est aussi notée sur les dents permanentes. Ses sites préférentiels sont les faces vestibulaires des incisives et canines, les collets vestibulaires des prémolaires et molaires. Son apparition est liée le plus souvent à une insuffisance de brossage permettant une rétention de plaque bactérienne.



Fig 2: Etiopathogénie de la carie dentaire [18]

6.2. Les maladies parodontales[12]

Le parodonte ou périodonte est l'ensemble des tissus durs et mous qui constituent l'environnement immédiat de la dent. Cette structure qui fait partie intégrante de l'organe dentaire est indissociable de l'odonte et assure son maintien sur l'arcade. En effet l'existence du parodonte est intimement liée à la présence de l'odonte et vice versa. Il est composé de la gencive, de l'os alvéolaire, du desmodonte et du cément.

On peut diviser le parodonte en :

- parodonte superficiel avec la gencive, seul tissu visible à l'examen
- parodonte profond constitué des autres éléments (le cément, le desmodonte et l'os alvéolaire)

Les maladies parodontales de l'enfant et de l'adolescent comprennent tout un ensemble de pathologies, dont certaines très spécifiques, qu'il est important de connaître pour bien les traiter. La classification en parodonte superficiel et profond permet de déterminer deux types de pathologie : les gingivites et les parodontopathies.

a) Les gingivites

Les gingivites sont des atteintes inflammatoires aiguës ou chroniques en relation avec la présence de la plaque bactérienne, avec des modifications hormonales (puberté, grossesse, ménopause), à la prise de médicaments (phénytoïne (Dihydan), ciclosporine), aux maladies systémiques (diabète de type I, malnutrition, Trisomie 21, SIDA (Syndrome Immuno Déficience Acquise) etc.

La plaque bactérienne est un facteur aggravant, son contrôle est important afin d'éviter sa survenue, l'aggravation et la récurrence. Les gingivites

induites par la plaque bactérienne représentent l'atteinte gingivale la plus fréquente. Elles surviennent à tout âge chez l'enfant et l'adulte.

Chez le patient présentant un parodonte sain, l'arrêt de tout contrôle de la plaque entraîne l'apparition d'une inflammation gingivale, totalement réversible et sans séquelle. La reprise d'un contrôle de plaque adéquat permet un retour rapide à la situation initiale de parodonte sain.

Même si la plaque bactérienne est le facteur étiologique de plus grande majorité des maladies gingivales, d'autres affections peuvent trouver leur origine ailleurs.

b) Les parodontites

Elles constituent une évolution des gingivites, toutefois les gingivites n'évoluent pas forcément en parodontite. Il semblerait que cette évolution soit en relation avec la réponse inflammatoire qui se retourne contre l'hôte. Les parodontites présentent des symptômes inflammatoires qui peuvent s'accompagner de destruction des papilles, dénudation des racines, mobilités dentaires, suppurations, formations de poches parodontales... Ce sont donc des processus conduisant à des lésions tissulaires qui peuvent aboutir à la perte des dents.

L'étiologie principale est la plaque bactérienne. Cependant, si la présence de la plaque bactérienne est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante pour déclencher une parodontite car un autre élément est déterminant : il s'agit de l'hôte. En effet, à plaque bactérienne équivalente, les dégâts engendrés par la maladie ne seront pas les mêmes chez tous les individus.

Cette notion de susceptibilité a permis de déterminer l'existence de sujets à risques qui sont susceptibles de développer une maladie parodontale

sévère, de perdre plus de dents que d'autres, susceptibles d'avoir des pathologies générales associées.

6.3. Les lésions de la muqueuse buccale

La muqueuse est constituée d'un épithélium malpighien qui repose sur un chorion. La muqueuse buccale a un aspect histologique très voisin de la peau mais en diffère par l'absence d'annexes et très peu de mélanocytes. Elle est humidifiée en permanente par la salive.

Son renouvellement est rapide grâce aux cellules de son revêtement épithélial. Elle est caractérisée par sa mobilité, sa sensibilité, et est dotée de pouvoir cicatrisant par sa résistance à différents traumatismes et germes. Les lésions les plus fréquentes, observées au niveau des muqueuses buccales sont constituées par les stomatites qui sont des lésions inflammatoires spécifiques ou non de la cavité buccale et qui peuvent se manifester sous plusieurs formes :

a) Stomatites non spécifiques

- stomatite ulcéreuse est secondaire à des troubles neurotrophiques et odontotiasiques, à une septicémie ou à une maladie générale d'origine métabolique ou hématologique.
- stomatite bulleuse
- stomatites aphteuses
- stomatite aphteuse récidivante qui est caractérisée par des ulcérations récurrentes de la muqueuse buccale et oropharynx.
- stomatite gangréneuse dit noma.

b) Stomatites non spécifiques

- candidose : mouliase ou muguet qui est une inflammation provoquée par les champignons.
- herpes simplex : Ce sont des viroses dont certaines sont à localisation purement buccale d'autres sont systémiques avec des possibilités d'atteinte buccale.

6.4. Les anomalies orthodontiques

Les anomalies orthodontiques ne sont pas des maladies. Elles constituent un ensemble de variations dans la morphologie et les fonctions de la sphère oro-faciale qui entraînent un préjudice esthétique et/ou fonctionnel. Elles peuvent être de plusieurs types :

a) Les anomalies morphologiques :

- les anomalies dentaires sont des altérations des structures coronaires, radiculaires ou corono-radiculaires qui peuvent se traduire par des variations dans le nombre, la forme, la situation et l'éruption d'une ou plusieurs dents. Ces différentes anomalies peuvent être localisées ou généralisées, isolées ou associées à d'autres anomalies orthodontiques qu'elles compliquent ;
- les anomalies des relations d'arcades dans les trois sens de l'espace : anomalie des structures osseuses, réduction ou augmentation de volume de l'un des maxillaires ;
- les anomalies des rapports entre la base du crâne et les maxillaires (grands syndromes cranio-faciaux) ;
- les anomalies des tissus mous ;

b)Les anomalies fonctionnelles

On peut citer :

- les anomalies cinétiques des relations d'arcade
- les anomalies d'une fonction oro-faciale

Déglutition, ventilation, Phonation.

7. Hygiène Buccodentaire (HBD)

7.1. Définitions:

L'hygiène buccodentaire est ensemble de pratiques mécaniques permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents [19].Elle est composée de, l'hygiène dentaire (la dentition et les problèmes courants qui touchent les dents et les gencives) et l'hygiène buccale (les problèmes mineurs touchant la bouche, les affections buccales). L'élimination de la plaque bactérienne permet d'éviter les maladies buccodentaires.

7.2. Prévention [20]

Pour relever ce défi de la prise de conscience individuelle et collective de tous les déterminants de la bonne santé globale, il est nécessaire d'inclure la santé dentaire à la médecine de parcours, de la prévention à l'accompagnement en passant par la prise en charge coordonnée. Celle-ci se prête particulièrement bien à une organisation en parcours de santé, à un ciblage par population spécifique et par lieu de vie, en prévention primaire comme secondaire et tertiaire.

Pour améliorer les politiques de prévention primaire, Union française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) considère qu'il est nécessaire de déployer une stratégie cohérente avec l'objectif d'impliquer chacun pour la préservation de sa santé, en lien avec les professionnels de santé. L'enjeu ici est culturel, et doit se traduire par des politiques incitatives pour les premiers, comme pour les seconds

➤ Pour les premiers :

- L'incitation à se prémunir des comportements à risques et à adopter de bons gestes d'hygiène,
- L'incitation, à certains âges-clés ou situations sociales ou sanitaires cruciales, à la consultation afin de procéder à un examen bucco-dentaire,

➤ Pour les seconds :

- L'incitation à faire de la prévention une dimension centrale de leur pratique médicale en cabinet.
- L'incitation à prendre en charge son patient en considérant l'ensemble de sa situation de santé, et pas uniquement celle faisant l'objet de sa spécialité médicale.

Améliorer les politiques de prévention et étendre l'éducation à la santé au plus grand nombre nécessite, d'une part, de rendre les messages de prévention des comportements à risque plus incisifs et d'inciter chacun à des comportements responsables, et d'autre part, en matière de santé bucco-dentaire, de faire des chirurgiens-dentistes un maillon essentiel de l'éducation à la santé au sein et en dehors de leur cabinet dentaire.

UFSBD recommande:

- La prévention des comportements à risque (hygiène bucco-dentaire; tabagisme et addictions, alimentation déséquilibrée)
- La prévention en cabinet dentaire (inciter le chirurgien-dentiste à consacrer une plus grande part à la prévention et l'éducation à la santé, et à tenir compte de la situation de santé globale du patient, et non uniquement de son état de santé bucco-dentaire dans une situation et à un moment donnés.)

7.3. Objectifs des soins d'hygiène buccodentaires[21]

- Favoriser une bouche propre et saine en éliminant les débris alimentaires et la plaque dentaire
- Limiter par des soins réguliers les risques de complications : inflammations, lésions, irritations, infections chroniques ou aiguës (pneumopathie, endocardite...)
- Participer à la prévention des troubles bucco-dentaires et leurs conséquences (pertes de dents, douleurs à la mastication, dénutrition...) et des complications fonctionnelles (trouble de la déglutition, phonation et respiration...)
- Contribuer à la qualité de vie et de relation sociale et familiale du résident (bien-être, élocution, bonne image de soi).

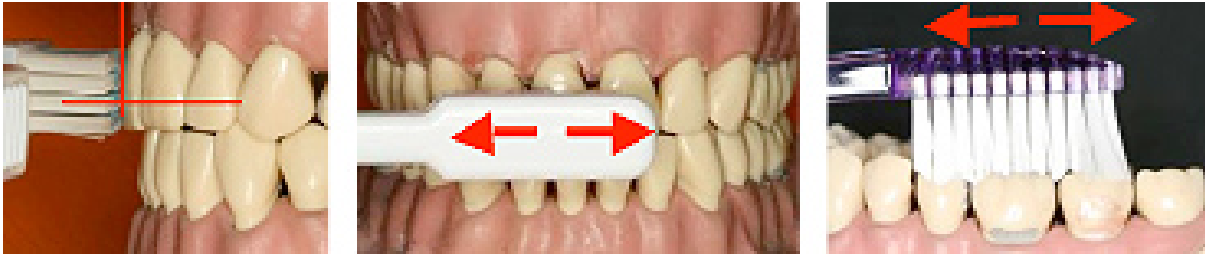
7.4. Matériel utilisé pour l'hygiène buccodentaire

Le matériel utilisé pour le brossage des dents sont : brosse à dents (manuel et électrique), fil dentaire, cure dent, bossetteinter dentaire, bâtonnet frotte dent, pâte dentifrice, révélateur de plaque dentaire, Hydro propulseuroujetdentaire, les bains de bouche (antiseptiques ou anti-inflammatoires)

7.5. Méthodes de brossage[22]

Les techniques de brossages sont fondées sur des mouvements plus ou moins complexes : il peut s'agir de simples mouvements horizontaux, verticaux ou circulaires (Axelsson 2004), tous pouvant être associés dans une méthode souvent qualifiée de scrubbing method (Van der Weijden et coll., 2008). D'autres sont un peu plus complexes comme la méthode de Bass, ou sa version simplifiée la méthode de Rouleau, et les différentes méthodes vibratoires (Rozenzweig 1988). Quelle que soit la méthode, elles doivent toujours obéir à une même chronologie pour n'oublier aucun secteur ; par exemple dans les méthodes réalisées bouche ouverte, débiter le brossage au niveau des faces vestibulaires des 2e ou 3e molaires supérieures puis passer aux faces linguales après avoir nettoyé toutes les faces vestibulaires supérieures, avant d'obéir à cette même logique à la mandibule en commençant par les faces vestibulaires des molaires droites

a) **Le brossage Horizontal** est la méthode classiquement recommandée en denture temporaire. En pratique, elle est probablement la méthode la plus utilisée en particulier chez les personnes qui n'ont reçu aucun enseignement d'hygiène orale (Van der Weijden et coll., 2008). La face active de la brosse dentaire (BD) est placée perpendiculairement aux surfaces dentaires et animée d'un mouvement de va-et-vient antéropostérieur sur tous les segments des arcades. Pour améliorer le confort du brossage des faces vestibulaires, il est réalisé bouche fermée pour réduire la pression sur les joues (Van der Weijden et coll., 2008).



Source[23]

b) Le brossage Vertical (technique de Léonard, 1939) est similaire à la méthode précédente mais les mouvements sont réalisés dans le sens vertical, exception faite des faces occlusales (Van der Weijden et coll., 2008).



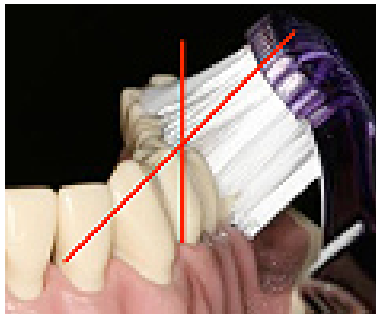
Source[23]

c) La méthode Circulaire (technique de Fones 1934) est également pratiquée sur les faces vestibulaires en serrant les dents car le diamètre vertical est limité par les sangles mucco-jugales du vestibule. Elle est fondée sur une série de mouvements circulaires allant de la gencivemaxillaire à la gencive mandibulaire en imprimant une pression modérée sur la tête de la brosse dentaire. Des mouvements de va-et-vient sont appliqués sur les autres faces dentaires (Kandelman 1989 ; Van der Weijden et coll., 2008).



Source[23]

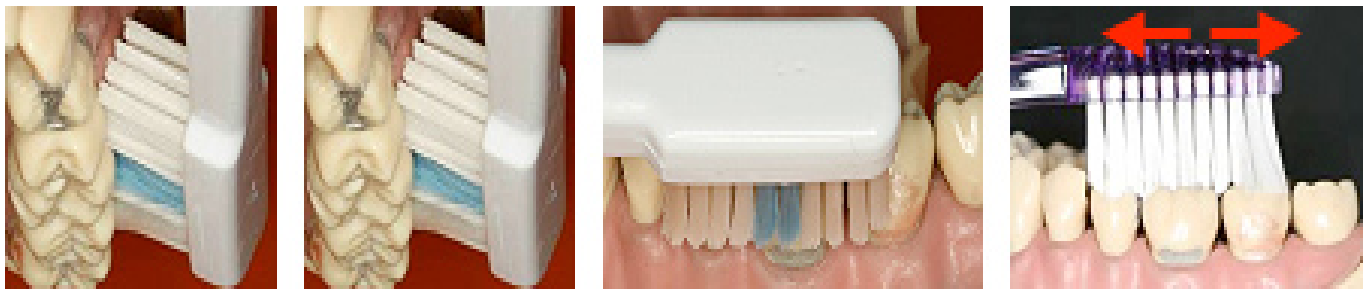
d) La technique de Bass (1948) ou brosseage sulculaire vise essentiellement à soumettre le sillon gingivo-dentaire à l'action de la brosse dentaire. Sa tête a une position oblique en direction apicale afin que ses brins forment un angle de 45° avec l'axe des dents. Cette inclinaison permet d'insérer légèrement l'extrémité de quelques brins dans le sillon gingivo-dentaire, les autres étant sur la gencive marginale. Des mouvements de va-et-vient, d'avant en arrière de faibles amplitudes, sont ainsi exercés dans le sulcus. Une pression plus accentuée permet ensuite aux brins de pénétrer dans les espaces interproximaux. Les mouvements sont les mêmes en palatin mais la brosse dentaire sera placée verticalement au niveau des faces palatines des dents antérieures. Enfin les faces occlusales sont nettoyées avec des mouvements d'avant en arrière, en exerçant une pression suffisante sur la BD pour faire pénétrer les brins dans les sillons et fissures de l'émail (Kandelman 1989 ; Van der Weijden et coll., 2008).



Source[23]

e) La technique de Rouleau est parfois considérée comme une technique simplifiée de Bass. La tête de la brosse dentaire a une position oblique en direction apicale, ses brins étant à la fois dans le sulcus et à la surface des dents. Après une pression initiale sur la gencive marginale (blanchiment de la gencive), la tête est tournée, « du rose vers le blanc », en direction occlusale pour balayer les surfaces gingivo-dentaires avec un mouvement de rotation (Van der Weijden et coll., 2008).

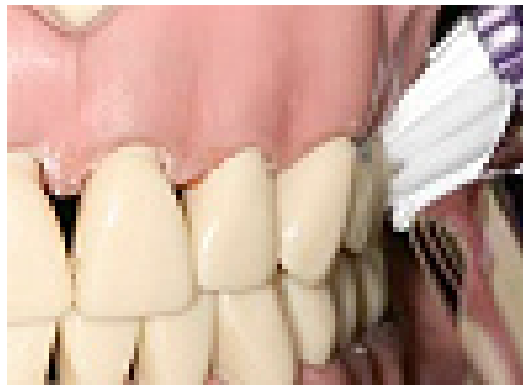
f) La technique vibratoire-compression de Stillman (1932) permet, dans un même mouvement, d'effectuer un massage de la gencive ainsi stimulée et de nettoyer la zone cervicale de la dent. La tête de la brosse dentaire a une position oblique en direction apicale de façon à placer ses brins à cheval sur la gencive marginale et sur le tiers cervical de la dent. Une pression responsable d'un blanchiment de la gencive est associée à des mouvements vibratoires (mouvements circulaires d'amplitude limitée). Répétés plusieurs fois après relâchement de la pression, ils stimulent la circulation et désorganisent la plaque. Les faces occlusales des molaires et prémolaires sont brossées comme dans la technique de Bass, en essayant de faire pénétrer les brins profondément dans les sillons (Van derWeijden et coll., 2008).



Source[23]

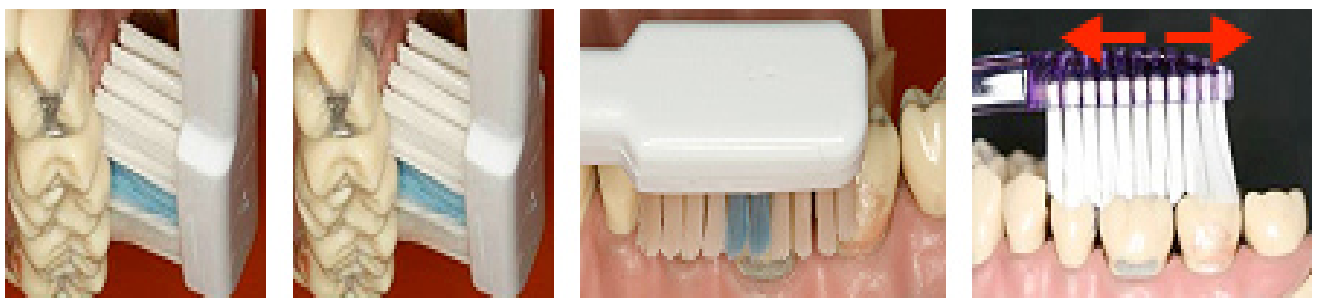
g) La technique vibratoire-rotation de Charters (1948) a été développée pour augmenter l'efficacité du nettoyage et la stimulation gingivale dans les zones interproximales. La tête de la brosse dentaire a toujours une position oblique mais dans ce cas, elle est en direction occlusale. Les brins sont initialement à la fois appliqués sur la gencive et la zone cervicale des dents. Une pression est exercée pour courber certains brins contre la gencive marginale et la dent, et autoriser ainsi l'insertion des autres dans les espaces inter proximaux (Van der Weijden et coll., 2008).

Un mouvement vibratoire est alors imprimé à la tête de la BD tout en maintenant la pression. Les facesocclusales sont nettoyées en imprimant également un mouvement circulaire d'amplitude limitée à la BD(Kandelman 1989).



Source[23]

h) Les techniques modifiées de Bass/Stillman font référence à l'une ou l'autre de ces méthodes mises au point pour apporter une attention toute particulière à la zone dentaire cervicale et au tissu gingival adjacent. Chacune de ces méthodes peut être modifiée en la complétant avec desmouvements de rouleau de la BD pour améliorer l'élimination de la plaque (Van der Weijden et coll., 2008).



Source[23]

i) La méthode de HIRSCHFELD

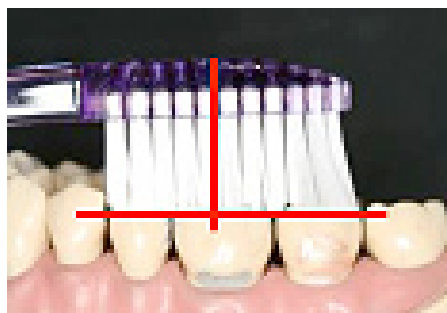
Il s'agit de la même technique que les chartes, mais pas quand les deux mâchoires sont en occlusion. Les poils de brosse sont placés dans un angle de 45° à la surface occlusale à l'axe longitudinal de la dent, localiser les poils entre les dents, sans se reposer sur les gencives, et effectuer des mouvements vibratoires avec une légère pression, des mouvements de rotation et de va et vient petite. Elle a pour objectif de stimuler et masser les gencives et un nettoyage complet de la dent; faciliter la circulation et accroître le contrôle et la stabilité[23]



Source[23]

j) La technique physiologique

Elle a pour objectif d'éliminer la plaque physiologiquement. Les poils sont placés à la hauteur du bord incisif ou surfaces occlusales à un angle de 90° , et se déplaçant dans son action de balayage ou de nettoyage de la gomme[23].



Source [23]

k) Brossage avec la brosse à dents électrique

Instrument utilisé pour l'enlèvement des dépôts de plaque souple microbienne. Les brosses à dents électriques pour la plupart sont plus efficaces que les brosses à dents manuelles. La seule exception est les modèles avec rotation et l'oscillation, y compris plusieurs brosses à dents électriques Braun Oral B à partir de la série, mais encore ces brosses sont légèrement mieux qu'une brosse manuelle ordinaire[23].

Quelques règles à respecter

- Un brossage minutieux matin et soir vous protège efficacement contre les caries et les maladies parodontales. Dans tous les cas, c'est l'action mécanique de la brosse qui est l'élément efficace. L'utilisation une fois par jour (le soir de préférence) du fil dentaire ou des brossettes interdentaires est aussi recommandée.
- Votre brosse à dents doit être changée tous les 2 à 3 mois
- Pour une hygiène dentaire optimale brossez vos dents 2 minutes et utilisez
 - Une brosse à dent à poils médiums.
 - Du fil dentaire ou des brossettes, au moins une fois par jour, pour éliminer les bactéries entre les dents.
- Evitez de grignoter en dehors des repas, ou de boire des boissons sucrées car vos dents sont alors en contact permanent avec des aliments cariogènes. Cela augmente l'activité bactérienne tout en acidifiant votre bouche.
- Si vous n'avez pas accès à votre brosse à dents, un chewing gum sans sucre peut être utilisé en attendant le prochain brossage mécanique.
- Le brossage du soir qui est le plus important pour éliminer la plaque avant le coucher; la nuit la salive diminue et "l'auto-nettoyage" est inexistant.

IV. METHODOLOGIE

1. cadre d'étude[24]

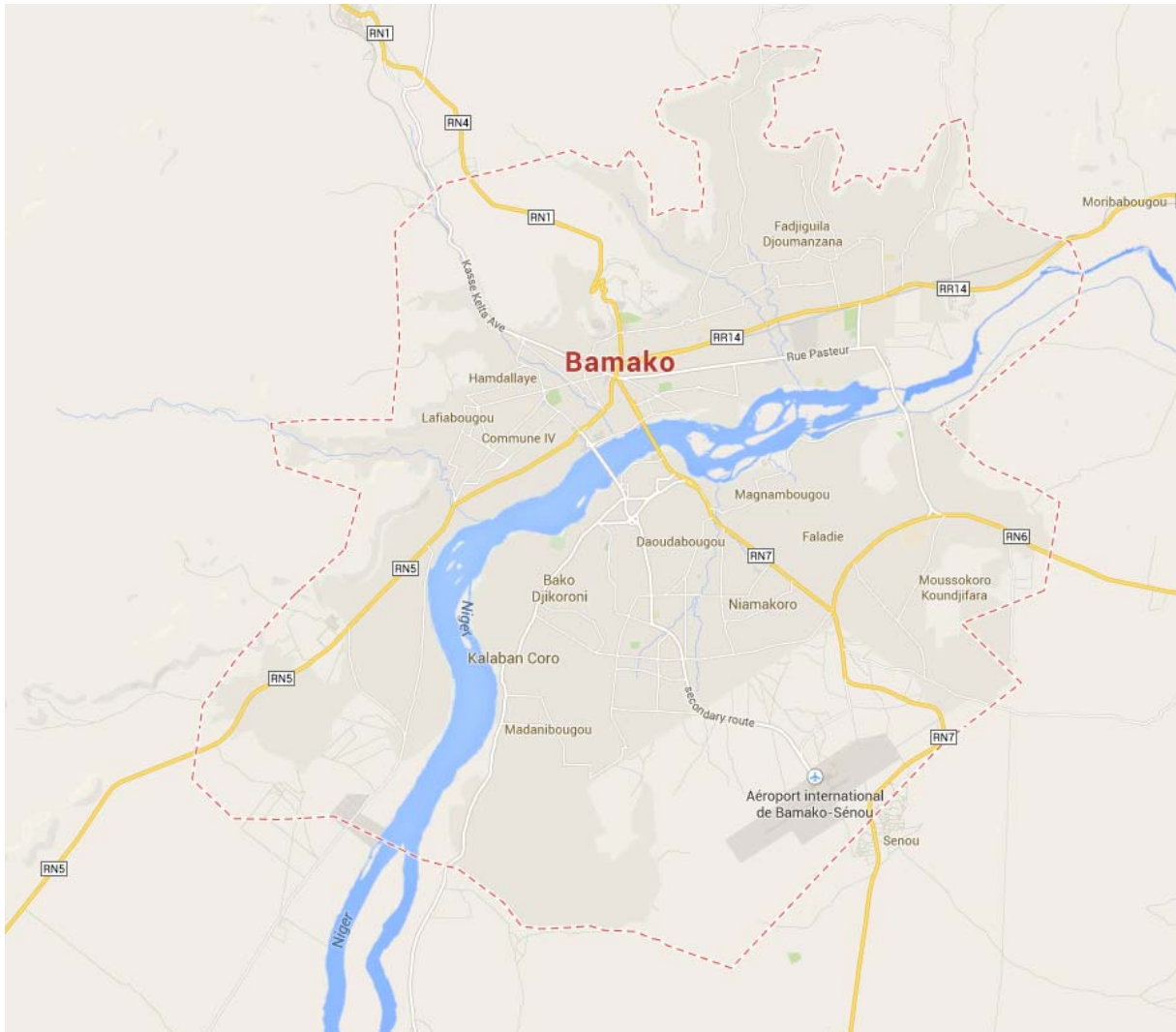
Bamako est la capitale du Mali, pays de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano sahélienne avec une superficie de 1.241.238 km². La ville est située sur le fleuve Niger. Son rythme de croissance urbaine est actuellement le plus élevé d'Afrique (et le sixième au monde). Elle est le centre administratif du pays, un important port fluvial et un centre commercial pour toute la région. Bamako est érigée en district et subdivisée en six communes.

Bamako, originellement bàmak (« marigot du caïman » en langue bambara), a été fondée à la fin du XVI^e siècle par les Niaré, anciennement appelés Niakaté, qui sont des Sarakolés à l'origine. Le caïman étant le fétiche de Bamako, chaque année on lui donnait une jeune fille vierge en sacrifice.

Simballa Niakaté, un chasseur venu de Lambidou (Cercle de Nioro, Région de Kayes), un village sarakolé, a choisi le site. Mais, c'est son fils aîné Diamoussa Niakaté couramment appelé Diamoussa Djan (à cause de sa taille très grande) qui fonda Bamako. Niaréla, le quartier des Niaré, est un des plus anciens quartiers de Bamako. Les trois caïmans qui symbolisent Bamako trouvent leur origine à partir des trois marigots qui traversaient Bamako.



Source[25]



Source[25]

La commune VI est l'une des communes urbaines de Bamako avec 4 quartiers urbains et 6 semi urbains. Notre étude s'est déroulée à ATTbougou à l'école 501 Logements. Elle a été créée en Octobre 2006 avec un premier cycle (A) et un second cycle (I). En Janvier 2011 le premier cycle B et le second cycle II furent créés.

2. Type d'étude

C'est une étude prospective de type descriptif qui a duré 6(six) mois allant du 01 Mars 2014 au 30 septembre 2014

3. Population d'étude

L'étude a porté sur 180 élèves âgés de 6 à 19 ans des deux cycles de l'enseignement fondamental de l'école 501 Logements de la commune VI du district de Bamako

4. Critères de sélection

- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les élèves âgés de 8 à 19 ans de l'école 501 Logements de la commune VI du district de Bamako; ayant accepté de participer à l'enquête.

- Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus tous les élèves ayant moins de 8 ans et tous les élèves ayant refusé de participer à l'étude.

- Critère d'exclusion

Ont été exclus de l'étude ceux dont l'âge était inférieur à 8 ans; pour des raisons de compréhension du questionnaire. Donc 30 élèves exclus.

5. Variables d'étude

- variables sociodémographiques

Les informations contenues dans le questionnaire comprenaient : le sexe, l'âge, l'ethnie, le niveau d'étude, le quartier de résidence.

- variables connaissances

Les variables connaissances étaient leur niveau de connaissance de l'hygiène buccodentaire, les notions sur les maladies buccodentaires, leur étiologie et leur mode de transmission (carie dentaire, gingivite).

- variables attitudes

Les différentes questions pour évaluer l'attitude des élèves étaient relatives aux risques de faire les maladies buccodentaires, les moyens de prévention, la sensibilisation des proches

- variables pratiques

Pour la pratique nous avons évalué les habitudes d'hygiène buccodentaire particulièrement le brossage (matériel utilisé et le lieu d'achat, la fréquence et le moment privilégié de brossage) leur sensibilité aux messages de prévention à travers les canaux de communication. L'utilisation des services buccodentaires par les élèves a été évaluée ainsi que les moyens d'appui dans le cadre de la lutte contre ces pathologies.

6. Analyse des données

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel SPSS 16.0 version anglaise. La saisie a été faite grâce au Microsoft Word 2007

7. Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation et l'agrément des autorités scolaires et administratives. Toutes les personnes qui ont participé à l'enquête ont reçu au cours de la phase de recensement une information détaillée sur les objectifs et les modalités d'exécution. Elles n'ont été invitées à répondre aux questions qu'après l'obtention de consentement des directeurs d'écoles et des enseignants des classes concernées.

8. Limites de l'étude

Notre travail présentait des biais et des limites :

- Concernant la sélection des élèves, elle se faisait à partir du critère âge ; qui de nos jours constitue un réel problème à cause des "âges scolaires".
- La compréhension des questions pouvait constituer des biais car la reformulation pouvait influencer les réponses dans certains cas.
- Le recueil des données pourrait être biaisé car les premiers élèves interrogés pouvaient informer les autres par rapport au déroulement de l'enquête.
- Certains élèves n'ont pas pu être colligés à cause de la période de révision des examens de fin d'année.

V. RESULTATS

Tableau 1: répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	91	60,70 (%)
Féminin	59	39,30(%)
Total	150	100,00(%)

Le sexe masculin était plus représenté avec **60,70 %**. Le sex ratio = 1,54

Tableau 2 : répartition des enquêtés selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
8 ans -13 ans	103	68,67
14 ans - 19 ans	47	31,33
Total	150	100,00

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 8-13ans avec **68,67%**

La moyenne d'âge était de 13,5 ans avec des extrêmes de 8 et 19ans

Tableau 3 : répartition des enquêtés selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bamanan	58	38,67(%)
Bobo	3	2,00
Bozo	3	2,00
Dogon	5	3,33
Malinké	25	16,67
Peulh	22	14,67
Soninke	16	10,66
Sonrhai	12	8,00
Autres	6	4,00
Total	150	100, 00

Autres : maure, mossi, mianka, senoufo

L'ethnie la plus représentée était celle des bamanan avec **38,67 %**

Tableau 4 : répartition des enquêtés selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
ATT bougou	126	84,00
Banankabougou	1	0,67
Yorodiamougou	22	14,66
Niamakoro	1	0,67
Total	150	100,00

Les élèves résidaient à ATTbougou dans **84,00 %** des cas

Tableau 5 : répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)
1 er cycle	76	50,67
2 ème cycle	74	49,33
Total	150	100,00

Les élèves du 1er cycle étaient les plus nombreux avec 50,67 % des cas

Tableau 6 : répartition des enquêtés selon le niveau d'information sur l'hygiène buccodentaire

Connaissance HBD	Effectif	Fréquence (%)
Oui	144	96,00
Non	5	3.33
Je ne sais pas	1	0.67
Total	150	100,00

96,00% des élèves avaient une notion de connaissance sur l'hygiène bucco dentaire

Tableau 7 : répartition des enquêtés selon la source d'information de l'hygiène buccodentaire

Source d'information	Effectif	Fréquence (%)
Club membre de la santé	1	0,67
Maitre	50	33,33
Parents	42	28,00
Pas de souvenir	9	6,00
Radio	24	16,00
Télé	18	12,00
Je ne sais pas	1	0,67
Non	5	3,33
Total	150	100,00

33,33% des informations étaient donnés par les maitres d'école

Tableau 8 : répartition des enquêtés selon la connaissance de la carie

Connaissance de la carie	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	14	9,33
Mauvais sort	6	4,00
Maladie contagieuse ou sorte de cancer	122	81,33
Maladie contagieuse ou sorte de cancer ; mauvais sort	4	2,67
Maladie contagieuse ou sorte de cancer ; mauvais sort, poison mortel	1	0,67
Poison mortel	2	1,33
Poison mortel; mauvais sort	1	0,67
Total	150	100,00

81,33% des élèves définissaient la carie comme étant une sorte de cancer ou maladie contagieuse

Tableau 9 :répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question "qui peut attraper la carie"?

Qui peut attraper la carie	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	17	11,32
Boire dans le même verre qu'une pers atteinte de carie	4	2,67
Boire dans le même verre qu'une pers atteinte de carie ; brossage incorrect	1	0,67
Boire dans le même verre qu'une pers atteinte de carie ; brossage incorrect, sucrerie	1	0,67
Boire dans le même verre qu'une pers atteinte de carie ; sucrerie ; Utilisation bâtonnet au lieu de la brosse	2	1,33
Brossage incorrect ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse	1	0,67
Brossage incorrect	15	10,00
Brossage incorrect ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie	16	10,67
Sucrerie	18	12,00
Sucrerie ; brossage incorrect	11	7,33
Sucrerie ; brossage incorrect ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie	38	25,33
Sucrerie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse	4	2,67
Sucrerie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse ; brossage incorrect	1	0,67
Sucrerie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie	1	0,67
Sucrerie ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse ; brossage incorrect	5	3,33
Sucrerie ; utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie	2	1,33
Utilisation bâtonnet au lieu de la brosse	6	4,00
Utilisation bâtonnet au lieu de la brosse ; brossage incorrect	1	0,67
Utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie	3	2,00
Utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie ; sucrerie ; utilisation bâtonnet au lieu de la brosse	2	1,33
utilisation de brosse d'autrui atteinte de carie ; sucrerie ; utilisation de verre d'une personne atteinte de carie	1	0,67
Total	150	100,00

25,33% des élèves affirmaient que les personnes qui mangent trop de sucrerie ; qui ne se brossent pas correctement ; et qui se brossent les dents avec la brosse à dents d'une personne atteinte de carie étaient les plus susceptibles à faire la carie

Tableau 10 : répartition des enquêtés selon la connaissance de la gingivite

Connaissance de la gingivite	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	123	82,00
Blessure de la gencive	8	5,33
Bouton sur la gencive	2	1,33
Brûlure de la gencive	3	2,00
Douleur de la gencive	2	1,33
Maladie de la gencive	2	1,33
Plaie sur la gencive	7	4,68
Tuméfaction de la gencive	3	2,00
Total	150	100,00

82,00% des élèves ne savaient pas ce que c'est que la gingivite

Tableau 11 : répartition des enquêtés selon la reconnaissance de la carie

Connaissance	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	12	8,00
Non	72	48,00
Oui	66	44,00
Total	150	100,00

48,00% des élèves ne savaient pas reconnaître une personne atteinte de carie

Tableau 12 : répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance sur la carie

Comment savoir qu'une personne est atteinte de la carie	Effectif	Fréquence(%)
Je ne sais pas	10	6,67
Antécédent de consultation chez un médecin ou tradithérapeute pour douleur dentaire	5	3,33
Dent obturée	106	70,66
Dent obturée ; dent sensible à la fraîcheur et chaleur	10	6,67
Dent obturée ; sensible à la fraîcheur et chaleur ; en lui demandant le résultat du médecin ou du tradithérapeute	1	0,67
Dent sensible à la fraîcheur et chaleur	18	12,00
Total	150	100,00

70,66%des élèves disaient que pour savoir qu'une personne est atteinte de carie on lui demande s'il a des dents obturées

Tableau 13 : répartition des enquêtés selon l'existence de traitement de la carie

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais	8	5,33
Non	11	7,33
Oui	131	87,34
Total	150	100,00

87,34%des élèves disaient qu'il existe un traitement contre la carie

Tableau 14 : répartition des enquêtés selon le mode de transmission de la carie

Mode de transmission	Effectif	Fréquence (%)
----------------------	----------	---------------

Je ne sais pas	13	8,65
Aliment ; manque hbd; partage brosse à dents	6	4,00
Aliment; eau de boisson; mère enfant; partage de brosse à dents	1	0,67
Aliment; mère enfant	1	0,67
Aliment; manque hbd	12	8,00
Aliment; manque hbd ; eau de boisson; mère enfant; partage brosse à dents	3	2,00
Aliment; manque hbd; mauvais sort	1	0,67
Aliment; manque hbd ; partage brosse à dents; mère enfant	3	2,00
Aliment; partage brosse à dents	2	1,33
Aliments	9	6,00
Aliments; manque hbd, mère enfant	1	0,67
Eau de boisson	1	0,67
Manque hbd	33	22,00
Manque hbd; aliment; eau de boisson	1	0,67
Manque hbd; mauvais sort	3	2,00
Manque hbd; mauvais sort; mère enfant	1	0,67
Manque hbd; mère enfant	1	0,67
Manque hbd; mère enfant; mauvais sort; aliment	1	0,67
Manque hbd; partage brosse à dents	50	33,32
Manque hbd; partage brosse à dents; mauvais sort; eau de boisson	1	0,67
Manque hbd; mauvais sort; partage de brosse	1	0,67
Partage brosse à dents	5	3,33
Total	150	100,00

33,32% des élèves disaient que la carie se transmet par le manque d'hygiène bucco dentaire (hbd) et le partage de brosse à dents

Tableau 15 : répartition des enquêtés selon les méthodes de prévention des maladies buccodentaires

Moyens de lutte	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	14	9,33
Utiliser brosse à dents	11	7,33
Brosser après les repas	16	10,67
Brosser une fois par jour	16	10,67
Eau potable; utiliser brosse à dents	2	1,33
Eau potable; utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon; brosser après les repas	3	2,00
Eau potable; brosser une fois par jour	1	0,67
Eau potable; utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon; brosser une fois par jour	2	1,33
Ne pas partager brosse et bonbon	10	6,67
Ne pas partager brosse et bonbon; brosser après les repas	1	0,67
Ne pas partager brosse et bonbon; brosser après les repas; bosser une fois par jour	3	2,00
Médecine traditionnelle	2	1,33
Médecine traditionnelle; brosser une fois par jour	2	1,33
Utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon; bosser une fois par jour	7	4,67
Utiliser brosse à dent; brosser après les repas	6	4,00
Utiliser brosse à dents; brosser après les repas; brosser une fois par jour	3	2,00
Utiliser brosse à dents; brosser après les repas; ne pas partager brosse et bonbon	14	9,32
Utiliser brosse à dents; brosser 1 fois par jour	7	4,67
Utiliser brosse à dents; eau potable; médecine traditionnelle; Brosser une fois par jour	1	0,67
Utiliser brosse à dents; médecine traditionnelle	1	0,67
Utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon	6	4,00
Utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon; brosser après les repas; brosser une fois par jour	21	14,00
Utiliser brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon; brosser après les repas; médecine traditionnelle	1	0,67
Total	150	100,00

14,00 % des élèves disaient que l'utilisation de brosse à dents; ne pas partager brosse et bonbon ; le brossage après les repas; le brossage au moins une fois par jour sont les moyens de lutte contre les maladies buccodentaire.

Tableau 16 : répartition des enquêtés selon le risque de faire une maladie buccodentaire

Risque	Effectif	Fréquence(%)
Je ne sais pas	26	17,32
Non/je me brosse régulièrement	18	12,00
Non/je me brosse régulièrement; avec pâte; je ne mange pas trop de sucrerie	1	0,67
Non/je me brosse régulièrement; avec pâte ; je ne mange pas trop de sucrerie; je suis fort	1	0,67
Non/je me brosse régulièrement; avec pâte	1	0,67
Non/je me brosse régulièrement; je ne mange pas trop de sucrerie	10	6,67
Non/je ne mange pas trop de sucrerie	10	6,67
Non/j'utilise la pâte fluorée	1	0,67
Oui	48	32,00
Peut être	34	22,66
Total	150	100,00

32,00%des élèves disaient qu'ils ont le risque de faire une maladie buccodentaire

Tableau 17 : répartition des enquêtés selon le conseil à donner

Conseil	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	8	5,32
De ne rien faire il va guérir	4	2,67
Hôpital	34	22,67
Hôpital ; consulter un guérisseur traditionnel; informer ses parents	3	2,00
Se soigner et informer ses parents	85	56,67
Consulter un guérisseur traditionnel	13	8,67
Consulter un guérisseur traditionnel; aller à l'hôpital; risque de complication si pas de traitement	1	0,67
Consulter un guérisseur traditionnel; informer ses parents; risque de complication si pas de traitement	2	1,33
Total	150	100,00

56,67%des élèves conseillaient à leur ami de se soigner et d'informer leurs parents

Tableau 18 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "pensez vous qu'une bonne hygiène buccodentaire prévient contre les maladies buccodentaires"?

Hygiène bucco dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	11	7,33
Non	8	5,33
Oui	130	86,67
Peut être	1	0,67
Total	150	100,0

86,67 % des élèves pensaient qu'une bonne hygiène buccodentaire permet de prévenir les maladies buccodentaires

Tableau 19: répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "quel sont les éléments de la bouche à assainir"?

Elément à assainir	Effectif	Fréquence (%)
Dent	37	24,67
Dent ; langue; gencive	20	13,33
Dent; langue; gencive, joue	62	41,33
Dent; gencive	3	2,00
Dent; langue	27	18,00
Dent; langue; joue	1	0,67
Total	150	100,00

41,33 % des élèves disaient que la dent, la langue, la gencive, et la joue sont les éléments de la bouche à assainir

Les personnes à risque de faire une maladie buccodentaire

Tableau 20 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question "qui a le plus de risque d'être atteint par une maladie buccodentaire"?

Personne à risque	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	2	1,33
Brossage incorrect	29	19,33
Brossage incorrect; pauvre	59	39,34
Femme	4	2,67
Femme; brossage incorrect	1	0,67
Homme	2	1,33
Pauvre	29	19,33
Pauvre; femme	2	1,33
Pauvre; femme; brossage incorrect	8	5,33
Pauvre; homme; brossage incorrect	7	4,67
Pauvre; homme; femme; brossage incorrect	2	1,33
Riche	1	0,67
Riche; brossage incorrect	2	1,33
Riche; femme; brossage incorrect	1	0,67
Riche; homme	1	0,67
Total	150	100,00

39,34 % des élèves disaient que les gents qui ont le plus de risque de faire une maladie buccodentaire sont ceux qui ne se brossent pas correctement et les pauvres

Tableau 21 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "parlerez-vous de l'hygiène buccodentaire à vos futures enfants"?

Hygiène bucco dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	1	0,67
Non	1	0,67
Oui	148	98,66
Total	150	100,00

98,66 % des élèves disaient qu'ils parleront de l'hygiène buccodentaire à leurs enfants

Tableau 22 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "brossez-vous les dents tous les jours"?

Brossage	Effectif	Fréquence (%)
Non	7	4,67
Oui	143	95,33
Total	150	100,00

95,33% des élèves disaient se brosser les dents tous les jours

Tableau 23 :répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question "combien de foi par jour"?

Nombre	Effectif	Fréquence (%)
1 fois	72	48,00
2 fois	57	38,00
3 fois	20	13,33
plus de 3 fois	1	0,67
Total	150	100,00

48,00 % des élèves se brossaient une fois par jour

Tableau 24 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "a quel moment de la journée"?

Période	Effectif	Fréquence (%)
Matin, soir; avant repas	38	25,33
Matin; soir ; après repas	11	7,33
Matin; après repas	13	8,67
Matin; avant repas	56	37,34
Matin; midi; soir ; après repas	8	5,33
Matin; midi; soir avant; après repas	1	0,67
Matin; midi; avant repas	3	2,00
Matin; midi; soir; avant repas	12	8,00
Matin; midi, après repas	1	0,67
Matin; midi, avant après repas	2	1,33
Matin; soir; avant; après repas	2	1,33
Midi; après repas	1	0,67
Soir; après repas	2	1,33
Total	150	100,00

37,34 % des élèves se brossaient les matins avant de manger

Tableau 25 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "quel type de brosse utiliser-vous"?

Brosse	Effectif	Fréquence (%)
Bâtonnets frotte dents	8	5,33
Bâtonnets frotte dents; brosse à dents	4	2,67
Bâtonnets frotte dents; brosse à dents; cure dent	1	0,67
Bâtonnets frotte dents; cure dent	1	0,67
Brosse à dents	128	85,33
Brosse à dents; cure dent	6	4,00
Brosse à dents; fils dentaire	2	1,33
Total	150	100,00

85,33 % des élèves utilisaient la brosse à dents

Tableau 26 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "ou trouvez-vous votre brosse à dents"?

Lieu d'achat	Effectif	Fréquence (%)
Boutique	88	58,67
Marché	54	36,00
Ne me concerne pas	2	1,33
Pharmacie	6	4,00
Total	150	100,00

58,67 % des élèves achetaient leur brosse à la boutique

Tableau 27 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "utilisez-vous les pâtes dentifrices fluorées"?

Pates dentifrice	Effectif	Fréquence (%)
Non	5	3,33
Oui	145	96,67
Total	150	100,00

96,67 % des élèves utilisaient les pâtes dentifrices fluorées

Tableau 28 :répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "à quel rythme changer-vous vos brosses à dents"?

Rythme	Effectif	Fréquence (%)
2 mois	4	2,67
3 mois	38	25,33
Autres	108	72,00
Total	150	100,00

72,00 %des élèves changeaient leur brosse au delà de 3 mois

Tableau 29 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "connaissez-vous le tatouage gingival"?

Tatouage	Fréquence	Fréquence (%)
Non (ignore le tatouage)	74	49,34
Oui/Non (connait le tatouage mais n'a pas fait)	69	46,00
Oui/Oui/esthétique (connait et ayant fait le tatouage pour des raisons esthétiques)	2	1,33
Oui/Oui/par plaisir (connait et ayant fait le tatouage)	5	3,33
Total	150	100,00

49,34 % des élèves ignoraient le tatouage gingival

Tableau 30 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée à la question "es-tu réellement sensible ou touché par les publicités-théâtres qui passe à la radio/télé ou dans les journaux/ou encore dans les écoles"?

Publicité	Effectif	Fréquence (%)
Beaucoup	36	24,00
Non	4	2,67
Oui	97	64,66
Un peu	13	8,67
Total	150	100,00

64,66 % des élèves étaient sensibles à la publicité

Tableau 31 : répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question " avez-vous souvent parlé des problèmes de santé à l'école"?

Problème de santé	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	1	0,67
Non	5	3,33
Oui/ Ebola	60	40,00
Oui/ hygiène du milieu	8	5,33
Oui/paludisme	22	14,67
Oui/paludisme; hygiène du milieu	26	17,33
Oui/sida	1	0,67
Pas de souvenir	27	18,00
Total	150	100,00

La fièvre ébola était le problème de santé le plus évoqué à l'école avec **40,00 %** cas

Tableau 32 :répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question " serait-il bon que le gouvernement ou une ONG lance un grand programme contre la carie"?

Programme contre la carie	Effectif	Fréquence (%)
Je ne sais pas	1	0,67
Non	5	3,33
Oui	144	96,00
Total	150	100,00

96,00 % des élèves disaient qu'il était bon que le gouvernement ou une ONG lance un grand programme contre la carie.

Tableau 33 :répartition des enquêtés selon la réponse donnée a la question "avez-vous déjà fait une consultation chez un chirurgien dentiste (CD)"?

Consultation chez le CD	Effectif	Fréquence (%)
Maladie	2	1,33
Non	121	80,66
Oui/Autres/CSC om	1	0,67
Oui/Autres/G Touré	1	0,67
Oui/Consultation de routine/Cs réf	2	1,33
Oui/Consultation de routine/Odonto	1	0,67
Oui/Consultation de routine/Point G	1	0,67
Oui/Journée de sensibilisation/Centre de santé	1	0,67
Oui/Maladie/Gabriel Touré	3	2,00
Oui/Maladie/Nioro	1	0,67
Oui/Maladie/Odonto	8	5,33
Oui/maladie/clinique	2	1,33
Oui/Maladie/CSC om	5	3,33
Oui/Maladie/Cs réf	1	0,67
Total	150	100,00

80,66 % des élèves n'avaient pas fait une consultation chez un chirurgien dentiste

VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

1. Caractéristiques sociodémographiques

Sur une période de 6 mois 180 élèves ont été colligés dans notre étude prospective. Le sexe masculin était représenté avec 60,70 % et un sexe ratio de 1,54. La tranche d'âge de 8 ans à 13 ans était la plus représentée. La moyenne d'âge était de 13,5 ans avec des extrêmes de 8 et 19ans. L'ethnie la plus représentée était celle des bamanan avec 38,70 % suivis des malinkés et des peulhs respectivement avec 16,67% et 14,67 %. Les élèves résidaient à ATTbougou dans 84,00 % des cas. Ceux du 1er cycle étaient les plus nombreux avec 50,70 % des cas.

DIEDHIOU I., en 2004 au Sénégal rapportait sur 500 enfants d'école coranique, une moyenne d'âge de $7,15 \pm 3,5$ ans et des extrêmes de 3 et 15 ans et les filles représentaient 52 %. La tranche d'âge de 12- 15 ans était la plus représentée. L'ethnie prédominante était celle des wolofs (32%), suivie de celles des Al pulars (28,4%) et des Sérères (11,8%)[12].

2. Connaissances des élèves sur la santé buccodentaire

Dans notre étude par rapport à l'hygiène buccodentaire, 96 % des élèves avaient une connaissance; leur source principale d'information était les maîtres avec 32,66 % des cas suivis des parents avec 28,00 % des cas.

Les élèves définissaient la carie dentaire dans 81,33 % des cas comme étant une sorte de cancer ou maladie contagieuse et 9,33 % déclaraient ignorer la carie, **82,00%** ne savaient pas ce que c'est que la gingivite.

Pour l'étiologie de la maladie carieuse, **25,33 %** des élèves affirmaient que les personnes qui mangent trop de sucrerie, qui ne se brossent pas correctement, et qui se brossent les dents avec la brosse à dents d'une personne atteinte de carie étaient les plus susceptibles à faire la carie. Pour la reconnaissance d'une personne atteinte de carie, 48,00% ne savaient pas et selon les élèves pour savoir qu'une personne est atteinte de carie, elle doit avoir des dents obturées dans **70,66 %** des cas ou avoir des dents sensibles à la fraîcheur ou à la chaleur dans 12,00 % des cas. Pour la transmission 33,32 % des élèves disaient que la carie se transmet par le manque d'hygiène buccodentaire et le partage de brosse à dents.

Pour la prévention **14,00 %** des élèves disaient que l'utilisation de brosse à dents; ne pas partager de brosse et bonbon; le brossage après les repas; le brossage au moins une fois par jour sont les moyens de lutte contre les maladies buccodentaires. Pour le traitement de la carie 87,34 % des élèves disaient qu'il existe un traitement.

Au Burkina Faso, dans l'étude de Varenne B. les enfants de 12 ans savaient aussi que le brossage des dents (73 %) ainsi que les visites régulières chez le dentiste (63,5 %) étaient des habitudes qui pouvaient préserver des problèmes dentaires.

Les sources d'information sur la santé orale indiquées par les enfants étaient rares chez ceux qui résidaient en milieu rural. Chez les enfants issus du milieu urbain (secondaire ou capitale), c'est la famille (52,5 %) et dans une moindre mesure les enseignants (44,5 %) qui représentaient les sources d'information principales.[26]

Selon l'étude de **Mike**, le brossage des dents était l'activité que les enfants considéraient comme la plus importante 85 % et 92 % des enfants pensaient qu'elle aide "assez ou beaucoup à éviter les caries". L'utilisation régulière des services dentaires ainsi que le nettoyage des dents par le dentiste sont également des méthodes de prévention priorisées par les adolescents puisque plus de 85 % d'entre eux leurs accordaient de l'importance [27].

Dans le travail de **SAMB A**, en 2005 à Dakar au Sénégal, les mères estimaient dans 49,7 % que la carie est causée par les bactéries et le sucre. Pour éviter la carie, 14% des mères pensaient qu'il faut se rincer la bouche avec de l'eau, pour 45,18 % il faut aller régulièrement chez le dentiste et enfin pour 39,5% il faut prendre du fluor. Le sucre est incriminé dans les caries et 46,8% des mères pensent qu'il est mauvais pour les dents contre 5,7% qui pensaient le contraire. Le lait sucré était aussi cité et 25,8 % pensaient qu'il est mauvais pour les dents. Par contre, 16,5% pensaient que le lait sucré n'est pas mauvais pour les dents [28].

Dans l'étude de **DIEDHIOU I.** en 2004, les mères définissaient la carie comme l'association sucre plus bactérie; 46,8 % d'elles prônaient l'utilisation du bâtonnet-frotte dent comme matériel d'hygiène buccodentaire[11].

Selon **DIEDHIOU I.** l'attitude des parents vis-à-vis des soins buccodentaires est importante car elle peut déterminer celle des enfants. En effet, les parents jouent un rôle fondamental dans le comportement et l'acquisition des habitudes d'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants qui en font souvent des modèles et qui copient de ce fait leurs faits et gestes[11].

3. Attitude des élèves sur la santé buccodentaire

Dans notre étude par rapport à l'hygiène buccodentaire, **32,00 %** des élèves disaient qu'ils ont le risque de faire une maladie buccodentaire.

Pour le changement de comportement **56,67 %** conseillaient à leurs amis de se soigner et d'informer leurs parents; et **98,66 %** des élèves disaient qu'ils parleront de l'hygiène buccodentaire à leurs enfants.

Pour la prévention **86,67 %** des élèves pensaient qu'une bonne hygiène buccodentaire permet de prévenir les maladies buccodentaires.

Pour les éléments de la bouche à assainir **41,33 %** disaient que la dent, la langue, la gencive, et la joue sont les éléments de la bouche à assainir

Les élèves dans **39,34 %** des cas disaient que les personnes les plus exposées de faire une maladie buccodentaire sont celles qui ne se brossent pas correctement et les pauvres.

4. Pratiques des élèves sur la santé buccodentaire

Dans notre étude par rapport à l'hygiène buccodentaire **95,33 %** des élèves disaient se brosser les dents tous les jours, avec **48,00 %** qui se brossaient une fois par jour. Les élèves se brossaient le matin avant le repas dans **37,34 %** des cas et **85,33 %** utilisaient la brosse à dents payée dans **58,67 %** des cas à la boutique. Pour le rythme de changement des brosses **72,00 %** des élèves changeaient leur brosse au delà de 3 mois. Pour la connaissance du tatouage gingival **49,34 %** des élèves ignoraient le tatouage gingival.

Pour la consultation chez le chirurgien dentiste **80,66 %** des élèves n'avaient pas fait une consultation chez un chirurgien dentiste.

SIDIBE M. dans son travail à Bamako rapportait que l'hygiène buccale représentait 88,97 % des cas et 11,03 % des élèves avaient une mauvaise hygiène buccale et 44,33 % avaient des caries dentaires [29].

KOKO J. et coll à Libreville au Gabon rapportait que la fréquentation du cabinet dentaire était faible (20,7%) et motivée par la douleur dans 93% des cas [30].

Le bâtonnet frotte-dents était utilisé par 60 %, 67 % et 12 % des enfants à 12 ans qui résidaient respectivement en milieu rural, urbain secondaire et à Ouagadougou. La pâte dentifrice était utilisée par 72 % d'enfants qui résidaient en milieu urbain secondaire 57 % dans la capitale et 25 % chez les enfants en milieu rural. Le nombre de brossage des dents était au moins d'une fois par jour 12 % les enfants qui vivaient en milieu rural, 52 % en milieu urbain secondaire et 64 % à Ouagadougou [26].

BELLEHUMEUR P. dans une enquête au Québec sur la santé des jeunes du secondaire en 2010- 2011, rapportait que près de trois élèves lanaudois sur quatre se brossaient les dents au moins deux fois par jour[31].

Pour la sensibilité aux publicités **64,66 %** des élèves étaient sensibles à la publicité. La fièvre ébola était le problème de santé le plus évoqué à l'école avec **40,00 %** des cas.

Pour le lancement de programme contre la carie **96,00 %** des élèves disaient qu'il était bon que le gouvernement ou une ONG lance un grand programme contre la carie.

Dans l'étude de **ANN F.** chez les scolaires de NIOMI à Bamako 93, 41 % utilisaient des brosses à dents et des pâtes dentifrices pour l'hygiène orale. 24,3

% utilisaient les frotte dents; 59,3 % des cure dents et 2,1 % les fils dentaires pour le nettoyage des espaces interdentaires. Les adjuvants au brossage étaient peu utilisés. Le moment préféré du brossage était le matin avant le repas avec 62,96 % des cas. Les élèves se brossaient une fois dans la journée (48,55 %). Quarante enfants (16,46 %) seulement ont effectué une consultation aux cabinets dentaires[32].

KANE A. W. et coll., ont rapporté une fréquence de 96,7% qui utilisaient les brosses dents avec pâte dentifrice contre 1,3 % qui utilisaient le bâtonnet frotte dent et 2 % n'ont utilisé aucun moyen instrumental oral. Le brossage du matin a été effectué dans 89,6 % des cas[33].

Au Burkina Faso dans l'étude de **TAPSOBA**, la brosse à dents est le moyen le plus utilisé (72 %) et dans 98 % des cas avec du dentifrice. Le bâtonnet frotte-dents est employé par 20 % et 9 % des enfants utilisent leurs doigts pour se nettoyer les dents. Deux cent cinquante deux enfants (soit 84 %) n'ont jamais été chez le dentiste. Les 16 % qui ont consulté au moins une fois ne l'ont jamais fait à titre préventif. Vingt-sept pour cent ont déjà entendu parler du fluor en majorité à la télévision lors d'une publicité à propos d'un dentifrice. Mais seuls 17 % connaissent son rôle dans la prévention des affections buccodentaires[34].

CONCLUSION

L'étude CAP au niveau des élèves de 501 logements où nous avons colligé 180 élèves dont 150 ont été retenus pour l'enquête nous a permis d'avoir une évaluation du niveau de connaissance, des attitudes et des pratiques sur l'hygiène buccodentaire et les affections buccodentaires. Au cours de l'étude nous avons constaté une prédominance masculine dans notre échantillon qui était majoritairement très jeune.

Les élèves avaient une connaissance de l'hygiène buccodentaire à partir de leurs maîtres et des parents mais ne pouvaient pas définir correctement les principales pathologies qui sont la carie dentaire et les maladies parodontales (gingivite). Par rapport au mode de transmission et la reconnaissance d'une personne atteinte de ces pathologies des efforts sont à fournir.

Pour la prévention de la carie dentaire les élèves ne connaissaient pas de mesures appropriées mais reconnaissaient qu'il existe un traitement contre la carie. Globalement les élèves reconnaissaient le rôle de l'hygiène buccodentaire dans la prévention des affections buccodentaires d'où le nombre élevé des élèves qui se brossaient bien que la technique n'étant pas adéquate. L'étude a révélé une sous utilisation des services buccodentaires par les élèves.

L'amélioration de santé buccodentaire des élèves passe nécessairement par le renforcement des campagnes de sensibilisation de grande masse, l'introduction dans le programme d'enseignement des modules de prévention et de promotion de la santé en général et de la santé buccodentaire en particulier.

Les familles ont un rôle primordial dans l'organisation de la vie quotidienne des enfants, les aident à développer, en matière d'hygiène et de santé, des attitudes saines et préventives. L'école se doit d'accueillir les enfants dans les meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de bien-être. La nécessité d'un programme de prise en charge des pathologies buccodentaires ne fait plus aucun doute.

RECOMMANDATIONS

La santé bucco-dentaire est une partie intégrante de la santé générale, et constitue un des maillons de la santé des patients souffrant d'affection de longue durée.

La prévention des affections particulièrement buccodentaires en milieux scolaires et universitaires doit occuper une place importante dans nos politiques de santé. La santé cette couche de la population ne doit pas être considérée simplement comme une médecine de dépistage centrée sur l'élève et l'étudiant mais plutôt comme une politique transversale de santé et d'éducation au service de la réussite scolaire, du bien être et de la santé.

Nous recommandons:

➤ **Aux autorités sanitaires**

- Intégrer la santé buccodentaire aux autres programmes de santé (nutrition, santé de reproduction, lutte contre les maladies chroniques non transmissibles...)
- Organiser des séances de dépistage et de prévention des affections buccodentaires au sein des établissements scolaires,
- Renforcer la collaboration entre le ministère de la santé et celui de l'enseignement par le recrutement de dentistes communautaires.
- Renforcer le du programme national de lutte contre les affections buccodentaires par la création d'une division buccodentaire scolaire et universitaire.

➤ **Aux autorités scolaires**

- Renforcer l'enseignement des modules de santé particulièrement de l'hygiène buccodentaire dans l'établissement scolaire,
- Créer des conditions d'hygiène buccodentaire (aires d'hygiène aménagées pour le brossage des dents, lieux de stockage du matériel personnel identifiable),
- Créer une infirmerie au sein des établissements scolaires afin de faciliter le dépistage, la prévention des maladies et l'orientation vers des structures spécialisées;
- Renforcer le partenariat avec les structures de santé dans le cadre de la sensibilisation (causeries débats, conférences...)
- Former des pairs éducateurs afin de constituer des relais de santé.

➤ **Aux parents d'élèves**

- Sensibiliser et assister leurs enfants par rapport à l'hygiène buccodentaire,
- Veiller à la disponibilité des kits de brossage de qualité,
- Veiller aux visites sanitaires des enfants particulièrement des consultations systématiques chez le dentiste,
- Aux enfants adopter des attitudes saines
- Respecter les conseils et messages donnés ou diffusés lors des campagnes de sensibilisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DIOUF M. et coll.

Evaluation des besoins de traitements parodontaux chez les détenus de la région de Dakar (Sénégal

.<http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/communication.php?com=106>
4 du 12/8/14

2. http://infosdentistesaddictions.org/prejudice_esthetique.html 12/8/14

3. POUL ERIK PETERSEN

Le Rapport mondial sur la santé buccodentaire 2003: amélioration continue de la santé bucco-dentaire dans le 21ème siècle - l'approche du programme de santé mondiale de l'OMS orale

Organisation mondiale de la santé, programme de santé bucco-dentaire;
Decembre 2003

4. HAIKEL Y.

Thérapeutique étiopathogénique de la carie dentaire.

In Encycl. Med. Chir.Elsevier Ed. Paris Odontologie, 23-010-F-10. 2001:1-228

5. HAIKEL Y.

Thérapeutique endopathogénique de la carie.

EMC 1993. 23010 A 30

6. KATTIE A.L. et coll

Affections bucco-dentaires et absences scolaires Evaluation sur une population scolaire de 278 élèves Etude préliminaire

Odonto-Stomatologie Tropicale

7. ADELE SANDRA, IDRISSE WILLY

Méthodes pour une bonne hygiène buccodentaire

Santé Canada 2009. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/oral-bucco/care-soin/techniques-fra.php>

8. DIOMBANA M.L et coll.

Epidémiologie de la carie dentaire en milieu scolaire à Kati (bilan CAO, co et fréquence globale

Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (1)

9. DAOU M.B.

Epidémiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans en commune IV du district de Bamako à travers 4 écoles

Thèse Médecine FMOS, Bamako 2008

10. SIDIBE T.

Besoin de traitement parodontal chez les élèves du district de Bamako:625 cas.

Thèse Chir Dent. FMOS, Bamako 2013

11. BERTHE D.

Etat bucco- dentaire chez les scolaires de 12 ans de Djelibougou en commune I
du district de Bamako à travers deux(2) groupes scolaires publics

Thèse Chir Dent. FMOS, Bamako 2013

12. DIEDHIOU I.

Evaluation de la santé bucco-dentaire et du niveau de connaissance des parents
et enseignant enfants Sénégalais fréquentant des écoles franco-arabe de la région
de Dakar. Thèse Chir Dent Dakar 2004.

13. wikipedia l'encyclopédie libre.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Tonsille_palatine du 27/9/14)

14 GRAZIELLA SECCI

Manuel d'hygiène bucco-dentaire

SDI 2006 / 2007; Ed. n°1

15. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oral/anatomy-and-physiology/?region=on> du 27 /9/2014

16. F. SIMAIN et coll.

biofilms bactériens et médecine dentaire.

Rev Med Liège 2010; 65: 10 : 569-573

17. Featherstone John D.B.

The science and practice of caries prevention.

J Am Dent Assoc. 2000; 131; 887-889

18. MULLER M ; LUPI L ; MEDIONI E ; BOLLA M.

Epidémiologie de la carie dentaire.

Encyclopédie Médicaux-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-010-A-20, 1997, p 8.)

19. PIERRICK HORDE

Hygiène bucco-dentaire - Définition. Sante-Medecine.net. Jun 2014

15. Réseau national de prévention des infections associées aux soins.

Soins d'hygiène bucco-dentaire (Mai 2013)

20. UFSBD

Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé

Contribution de l'UFSBD - Stratégie Nationale de Santé Avril 2014

21 Réseau national de prévention des infections associées aux soins.

Soins d'hygiène bucco-dentaire (Mai 2013)

22. MULLER-BOLLA M. et coll

Le brossage dentaire : quelle méthode ?

Rev Odont Stomat 2011; 40:239-260

**23. http://dentalinternacional.es/f_pacientes_1_higiene_oral.php 04/10/ 14
13h**

24 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Bamako>

25. <https://www.google.fr/maps/place/Bamako,+Mali/> du 27/9/2014

26. VARENNE B.

Transition épidémiologique et santé orale au Burkina Faso : Disparités d'états de santé et de recours aux soins

Thèse de Doctorat de l'Université de Paris VI Pierre et Marie Curie. 2007

27. MIKE BENIGERI. et coll

Connaissances et perceptions des adolescents face à la santé dentaire

54 Revue Canadienne de Santé Publique Volume 93, N°. 1

28. SAMB A,

Etude du niveau de connaissance de la carie et des gingivites des parents et enseignants d'enfants d'âge préscolaire de la région de Dakar.

Thèse Chir Dent.Dakar 2005 N°4

29. SIDIBE M.

La visite médicale systématique en milieu scolaire Cas de l'école les cimes de Boukassoumbougou

Thèse Médecine FMOS Bamako 2008 -2009

30. KOKO J. et coll

étude épidémiologique de la carie dentaire en milieu scolaire a Libreville, Gabon.

Clin Mother Child Health 2009; Vol 6, N° 2 : 1065 - 1073

31. BELLEHUMEUR PATRICK

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011

Direction de santé publique Juin 2013

32 ANN F.

Epidémiologie de la carie dentaire chez les enfants de 12ans de l'école de NIOMI du district de Bamako (Mali)

These Chir Dent Conakry. 2013

33. KANE A. W et coll

Habitudes d'hygiène orale et situation de la carie dentaire des étudiants

Enquête auprès de 150 étudiants en résidence universitaire à Dakar(Sénégal).

Odonto-Stomatologie Tropicale 2001 - N°93.

34. TAPSOBA et coll.

Comportements liés à la santé bucco-dentaire des élèves de 12 ans de la province du Kadiogo, Burkina Faso.

Santé publique 1998, volume 10, no 2, pp. 219-224

RESUME

Dans notre étude prospective 180 élèves ont été colligés (dont 150 retenus pour l'étude) pour une enquête CAP. Le sexe masculin était prédominant avec 60,70 % et un sexe ratio de 1,54. La tranche d'âge la plus représentée était de 8 à 13 ans avec une moyenne de 13,50ans et des extrêmes de 8 et 19 ans.

Par rapport à l'hygiène buccodentaire 96,00% des élèves avaient une connaissance reçue à travers leurs maîtres et les parents respectivement 32,66 % et 28,00 %. La carie dentaire était mal définie dans 81,33 % des cas (cancer ou maladie contagieuse) et ils ignoraient la gingivite dans 82,00 % des cas. Pour reconnaître qu'une personne est atteinte de carie dentaire, 70,66 % des élèves disaient qu'elle devait avoir une dent obturée et 12,00% trouvaient qu'elle devait avoir des dents sensibles au chaud et au froid. Les scolaires disaient que la carie se transmettait par suite de manque d'hygiène et le partage des brosses à dents dans 33,32 %. Pour la prévention des maladies buccodentaires 86,67 % pensaient qu'une bonne HBD permet de prévenir les maladies buccodentaires. Pour le traitement ils disaient qu'il existe un traitement dans 87,34 % des cas.

Trente deux pourcent 32,00% des élèves disaient avoir le risque de faire une maladie buccodentaire. Concernant le changement de comportement de leurs proches face à l'HBD ils conseilleront leurs amis de se soigner et d'informer leurs parents dans 56,67 % des cas et de parler de l'importance de l'HBD à leurs enfants dans 98,66 % des cas.

Selon les élèves les personnes les plus exposées aux maladies buccodentaires sont ceux qui ne se brossent pas correctement et les pauvres. Les scolaires se brossaient les dents tous les jours dans 95,33 % des cas et 37,34 % se brossaient le matin avant les repas; la brosse à dents était changée au delà de trois mois dans 72,00 % des cas. Ils n'ont pas consulté le Chirurgien Dentiste dans 80,66 % des cas.

L'étude nous a permis d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des élèves avec informations qui nous permettent de renforcer la prévention et la promotion de la santé buccodentaire.

Mots clés: enquête CAP, prévention, affections buccodentaires, milieu scolaire.

Questionnaire

« Connaissances-Attitudes-Pratiques sur l'hygiène buccodentaire des élèves de
l'école 501 Attbougou de Bamako

I. IDENTITE

Date de l'enquête :...../...../..... Numéro de code

Prénoms et Noms

Age Sexe M /___/ F /___/

EthnieQuartier de Résidence

Cycle d'enseignement 1^{er} cycle 2^{ème} cycle

II. CONNAISSANCE

1 : As-tu déjà entendu parler de l'hygiène bucco dentaire ?

1 Oui /___/ 2 Non /___/ 88 : Ne sais pas /___/

2 : Si oui où a tu entendu parler pour la première fois?

1 : Mon maitre /___/ 2 : Télé /___/ 3 Radio /___/ 4 : Club membre de la santé /___/

5 : Un ami /___/ 6 : Parent /ainés /___/ 88 : Je ne me souviens pas /___/

3. Qu'est-ce que la carie?

1- Une sorte de cancer ou une maladie contagieuse /___/

2 Un poison mortel, /___/

3- Une association qui s'occupe de problèmes de santé /___/

4- Un mauvais sort qui est jeté par un ennemi /___/

4. Qui peut attraper la carie ? (une ou plusieurs réponses possibles)

1- Quelqu'un qui se brosse les dents avec la brosse à dent d'une personne atteinte de carie /___/

2- Quelqu'un qui boit dans le même verre qu'une personne atteinte de carie /___/

3- Quelqu'un qui mange trop de sucrerie /___/

4- Quelqu'un qui utilise des bâtonnets frottes dents au lieu d'une brosse à dents /___/

5- Quelqu'un qui ne se brosse pas correctement /___/

5- Que signifie une gingivite

6. Est-ce qu'on peut reconnaître une personne atteinte de carie?

1- Oui /___/ 2- Non /___/

7. Comment peut-on savoir que quelqu'un est atteint de carie? (une seule réponse)

1- En lui demandant s'il a des dents obturées? /___/

2- En lui demandant s'il a souvent mal aux dents après avoir mangé des aliments froids, chauds ou sucrés? /___/

3- En lui demandant s'il a déjà été dans un centre de santé ou chez guérisseur traditionnel pour maux de dent ? /___/

4- En lui demandant le résultat que lui a dit le docteur ou le tradithérapeute à la suite de la consultation? /___/

8. Existe-t-il un traitement contre la carie?

1-Oui /___/ 2-Non/___/

9. Comment la carie se transmet-elle? (une ou plusieurs réponses possibles)

1-Par les aliments /___/ 2-le manque d'hygiène de la bouche /___/

3-Mauvais sort /___/ 4-l'eau de boisson /___/

5-De la femme enceinte à son bébé /___/

6-Le partage de brosse à dents /___/

88-Je ne sais pas /___/

10. Quel(s) est ou sont le(s) moyens de lutte contre les maladies buccodentaires? (une ou plusieurs réponses possibles)

1-Boire l'eau potable/___/ 2-Utiliser des brosses à dents /___/

3-Médecine traditionnelle /___/

4-Ne pas partager les brosses à dents, les bonbons /___/

5 Se brosser les dents après chaque repas /___/

7-Se brosser au moins une fois par jour /___/

88-Je ne sais pas /___/

III. Attitudes

1. Pensez-vous que vous avez un risque de faire une maladie buccodentaire?

1- Oui /___/ 2-Non /___/ 3-Peut-être /___/ 88-Je ne sais pas /___/

2. Si non

1-Je me brosse régulièrement /___/ 2-Je pense que je suis fort /___/

3-Je ne mange pas trop de sucrerie /___/

5-j'utilise la pâte dentifrice fluorée /___/ 88-Je ne sais pas /___/

3. Que conseillez-vous à un ami (une amie) de faire, s'il (ou si elle) vous dit qu'il (qu'elle) a une carie?

1-De ne rien faire, il va guérir de lui-même/___/

2-D'aller chez le guérisseur traditionnel /___/

3-De se soigner et d'informer ses parents /___/

4-D'aller lui-même (elle-même) au centre de santé / hôpital /___/

5-Lui dire qu'il a plus de risque de faire un abcès dentaire
s'il (si elle) n'est pas traité(e) ou d'autres complications graves. /___/

88-Je ne sais pas /___/

4. Pensez vous qu'une bonne hygiène bucco dentaire permet de prévenir les maladies buccodentaires ?

Oui /___/ non /___/

5. Quel sont les éléments de la bouche qui doivent être assainis?

1. dents /___/ 2. langue /___/ 3. gencive /___/

4. joue /___/

6. Qui a le plus de risque d'être atteint par une maladie bucco dentaire?

1-Un pauvre/___/ 2-Un riche /___/

3-Une personne qui se brosse tout le temps /___/

4-Un homme /___/ 5-Une femme /___/

6-Une personne qui ne se brosse pas du tout ou qui se brosse mal /___/

7. Quand vous aurez un enfant, est-ce que vous lui parlerez de l'hygiène bucco dentaire?

1-Oui /____/ 2-Non /____/

IV. Pratiques

1. Brossez-vous les dents tous les jours?Oui /____/Non /____/

2. Combien de fois par jour?

1 fois /____/ 2 fois /____/ 3 fois /____/4. plus de 3 fois /____/

3. A quel moment de la journée?

Matin /____/Midi /____/Soir /____/

Avant les repas ?/____/Après les repas ? /____/

Avez-vous fait des jours sans vous brossez si oui pourquoi ?/____/

4. Quel type de brosse utilisez-vous ?

Bâtonnets frotte dents /____/ Fils dentaire /____/

Brosse à dent /____/ Cure dent /____/Autres moyens /____/

5. Où trouvez-vous votre brosse a dent?

1-A la boutique /____/2-A la Pharmacie/____/3-Au marché /____/

4-Avec une ONG de la place /____/5-Avec un ami /____/

6-Ne me concerne pas /____/

6. Utilisez-vous les pâtes dentifrices fluorées?

Oui /____/ Non /____/

7. À quel rythme changez-vous vos brosses à dents?

Tous les 2 mois /____/3 mois /____/ Autres /____/

8. Connaissez-vous le tatouage gingival?Oui /____/ Non /____/

9. L'avez-vous déjà fait?Oui /___/ Non /___/

10. Pourquoi l'avez-vous fait?

11. Es-tu réellement sensible ou touché par les publicités-théâtres qui passent à la Radio/Télé ou dans les journaux/ou encore dans les écoles ?

1-Oui /___/ 2-Non /___/3-Un peu /___/ 4-Beaucoup /___/

12. Avez-vous souvent parlé des problèmes de santé à l'école?

1-Oui /___/ 2-Non /___/ 3-Je ne me souviens pas /___/

13. Si oui, sur quel thème ou sujet avez-vous parlé la dernière fois?

1- Paludisme /___/ 2- Sida /___/ 3- Hygiène du milieu /___/

4- hygiène buccodentaire /___/5- Autres. /___/

14. Est-il bon que les maîtres d'école parlent de l'hygiène bucco dentaire avec leurs élèves (comment se brosser, comment se transmet la maladie)?

1-Oui /___/ 2-Non /___/ 3-Je ne souhaite pas /___/

15 Serait-il bon que le gouvernement ou une ONG lance un grand programme contre la carie (information, éducation, etc.)?1-Oui /___/ 2-Non /___/

16 Avez-vous déjà fait une consultation chez un chirurgien dentiste?

1-Oui /___/ 2-Non /___/

Si oui quel était le motif de consultation? :

Maladie /___/ consultation de routine /___/ Journée de sensibilisation /___/

Autres /___/

Et où vous l'avez fait?

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême,

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !