

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2021 -2022

THEME

Thèse N° :..... /

**SANTE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES JEUNES DE 15 A 45
ANS DANS LE DISCTRIC DE BAMAKO : CONNAISSANCES,
PRATIQUES, PERCEPTIONS**

Présenté et Soutenu publiquement le 28/ 06/2022 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Mme. Fatoumata M. TOURE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Chirurgie Dentaire (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Boubacar BA

Membre : Dr Mamadou DIALLO

Co-Directeur : Dr Amsalla NIANG

Directeur: Pr Ousseynou DIAWARA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

À ALLAH Le Tout Puissant

*Nous remercions le **Bâtisseur** des Bâtisseurs, le bâtisseur des cieux et de la terre, à celui par la grâce de qui nous avons pu réaliser ce travail.*

À mon Oncle Mahamadou Maïga,

Mon exemple éternel, mon courage, ma force, celui qui a veillé tout au long de ma vie à me soutenir et à me protéger, ce travail est le tien. Merci pour ta patience. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour t'exprimer tout mon amour. Je prie Le Tout Puissant de t'accorder une longue vie afin que tu puisses cueillir les fruits de l'arbre que tu as si bien entretenu.

À mon père

Merci pour tout, tes prières et bénédictions sont magiques. Qu'ALLAH te donne une longue vie.

À ma mère

Rien au monde ne pourra compenser les efforts et les sacrifices que tu as consentis pour mon bien être. Quelle patience ! Sans toi ; je ne serai jamais arrivée jusque-là. Je te dois tout.

Trouve dans ce travail qui est le tien toute ma reconnaissance et surtout mon amour. Puisse ALLAH t'accorder santé et longévité !

À mes tantes

Mme Maïga Mariam Maïga, Mme Maïga Assan Doucouré, Mme Maïga Fatou Diarra, merci pour l'éducation reçue.

À mes tontons, tantes, cousins, cousines, frères et sœurs

Merci pour vos prières, bénédictions et encouragements. QU'ALLAH vous donne une longue vie. Je vous aime.

À mon mari

Tu as été la personne qui m'a le plus aidé et soutenue tout au long de ce travail. Tu as toujours su trouver les bons mots pour me motiver quand le moral n'y était pas. Je souhaite le meilleur pour nous.

À mes filles

Les prunelles de mes yeux, symboles d'amour, de tendresse, de bonheur et de joie. Je vous adore.

À ma belle famille

Merci de m'avoir accueillie avec autant d'amour et de bienveillance.

À Aïcha, Anematoulaye

Amies un jour, sœurs pour toujours, vous avez toujours été là pour moi dans les moments difficiles. Merci pour tout, je tiens beaucoup à vous.

À mes amies

Safi, Djesse, Koureichy, Zeïnab, Inna, Kadi, Tata. Toutes mes amies des chambres de l'internat 201, 113, 213, 112, toujours là les unes pour les autres malgré nos parcours différents, Merci pour vos soutiens sans faille depuis le début des études.

À tout le personnel du service de parodontologie, A Dr Drissa Diarra et son équipe

Vous m'avez offert l'opportunité de travailler avec vous lors de mes études. J'ai beaucoup appris à vos côtés. Un grand merci pour votre gentillesse, votre soutien, votre patience et surtout votre disponibilité.

À Docteur Koné Fatoumata Chiompéré

Merci grande sœur pour toute l'aide fournie à mon égard.

À mes camarades de promotion

Merci d'avoir rendu mon Coursus universitaire inoubliable.

A Mes Familles Gaagassiney, Aergs, Collumep, Batisseurs, Aeos.

Merci pour l'hospitalité, le soutien, la fraternité, la solidarité, l'union, l'amour et l'accompagnement que vous m'avez offert.

A toutes mes lumières.

Votre loyauté, sincérité et fidélité m'ont été d'une aide inestimable, vous avez été toujours là pour moi dans les moments de peine et de joie. Merci pour tout.

A mes familles d'accueil du Point G.

Merci pour votre hospitalité.

A l'ensemble du corps professoral de la FMOS

Merci pour la qualité de vos enseignements théoriques, pratiques et pour vos efforts consentis pour une meilleure formation.

A tout le personnel du CHU-CNOS.

Merci pour votre apport à la qualité de notre formation.

À ceux qui nous ont quittés.

J'aurai souhaité que vous soyez parmi nous, mais ALLAH a décidé autrement. Qu'il vous accorde le repos éternel et vous donne une place au paradis.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Boubacar Ba

- Maître de Conférences de chirurgie Buccale
- Spécialiste en Chirurgie buccale.
- Directeur Général du CHU-CNOS
- Diplôme Universitaire en Carcinologie Buccale.
- Membre de la Société Française de Chirurgie Orale.
- Coordinateur de la Filière Odontologie de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (l'INFSS).
- Ancien président de la commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU-CNOS.
- Membre du Comité National de Greffe du Mali.
- Praticien Hospitalier au CHU-CNOS.

Cher Maître,

Permettez-moi de vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique suscitent une grande admiration. Veuillez trouver ici, l'expression de toute notre admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou DIALLO

- Docteur en chirurgie dentiste.
- Praticien hospitalier au service de pédodontrie et prévention (CHU – CNOS) ;

Cher Maître,

Nous sommes honorés de vous avoir comme juge de ce travail. Vos critiques et suggestions ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail. Votre rigueur scientifique, votre dévouement et votre disponibilité malgré vos multiples occupations, font de vous un Maître respecté et admiré.

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE

Dr Amsalla Niang

- Enseignant chercheur chargé de Recherche,
- Praticien hospitalier au CHU-CNOS,
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dentaire de Monastir – TUNISIE,
- Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique de l'Université Catholique de Louvain (UCL) de Bruxelles –Belgique,
- Spécialiste en santé publique dentaire de l'Université Cheikh Anta DIOP (UCAD) de Dakar, Sénégal.
- Chef de service pédodontrie et prévention du CHU-CNOS,

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement de juger ce travail. Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré. Vos qualités humaines et vos compétences professionnelles ont suscité notre admiration. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Ousseynou DIAWARA

- Maître de recherche en parodontologie
- Chef de département Médico-technique du CHU-CNOS
- Chef de service de parodontologie au CHU-OS.
- Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut de l'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS).
- Spécialiste en Santé Publique Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD).
- Spécialiste en parodontologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD).
- Ancien médecin chef au CS Réf de Bafoulabé ; et du CS Réf de Kita.
- Ancien médecin chef adjoint à l'Hôpital Secondaire de SAN.
- Représentant du personnel au Conseil d'Administration du CHU-CNOS
- Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur d'accepter, de diriger et encadrer ce travail. Votre sagesse, votre précision dans le travail et votre pédagogie font de vous un maître admiré et respecté.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CAO	: Cariées, Absentes et Obturées d'un individu
Dr	: Docteur
I.E.C	: Information, l'éducation et la communication
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
Pr	: Professeur
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
CHU-CNO	Centre Hospitalier Universitaire –Centre Odonto

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de l'effectif selon le statut matrimonial	44
Tableau II : Répartition de l'effectif selon la profession.....	45
Tableau III : Répartition de l'effectif selon le nombre d'adolescents dans la Famille	46
Tableau IV : Répartition de l'effectif selon le mode de vie	47
Tableau V : Répartition de l'effectif selon la connaissance des pathologies bucco-dentaires.	47
Tableau VI : Répartition de l'effectif selon le but de brossage des dents	48
Tableau VII : Répartition de l'effectif selon les causes de l'absence de brossage des dents ...	49
Tableau VIII : Répartition de l'effectif selon la connaissance des moyens de brossage	50
Tableau IX : Répartition de l'effectif selon l'initiateur au brossage	50
Tableau X : Répartition de l'effectif selon le type de recours devant une douleur dentaire	51
Tableau XI : Répartition de l'effectif en fonction l'attitude devant une gingivorragie.	52
Tableau XII : Répartition de l'effectif selon la connaissance des facteurs de mauvaise influence sur la santé des dents	53
Tableau XIII : Répartition de l'effectif selon le motif de consultation chez les dentistes	57
Tableau XIV : Répartition de l'effectif selon les facteurs désagréables chez le dentiste	58
Tableau XV : Répartition de l'effectif selon la peur du dentiste.....	59
Tableau XVI : Répartition de l'effectif selon les soins dentaires préférés.....	61
Tableau XVII : Répartition de l'effectif selon la fréquence des soins dentaires.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Vue antérieure de la cavité buccale	5
Figure 2: Schéma des structures dentaires	15
Figure 3 : Schémas de la nomenclature dentaire (adulte et enfant).....	19
Figure 4 : Facteurs de risques des caries dentaires.....	22
Figure 5 : Caries dentaires.....	22
Figure 6 : Gingivite	25
Figure 7 : Parodontite.....	27
Figure 8 : Carte de Bamako.....	39
Figure 9 : Répartition de l'effectif selon la commune de résidence à Bamako.....	44
Figure 10 : Répartition de l'effectif selon le sexe	43
Figure 11 : Répartition de l'effectif selon la tranche d'âge.....	43
Figure12 : Répartition de l'effectif selon le niveau d'études.	45
Figure 13 : Répartition de l'effectif selon la connaissance de la prévention des pathologies bucco-dentaires.....	48
Figure 14 : Répartition de l'effectif selon la connaissance des techniques de brossage.....	49
Figure 15 : Répartition de l'effectif selon l'auto-appréciation de la santé buccale.....	54
Figure 16 : Répartition de l'effectif selon la satisfaction en rapport avec l'apparence des dents	55
Figure 17 : Répartition de l'effectif selon l'antécédent de douleur dentaire.....	56
Figure 18 : Répartition de l'effectif selon le délai de dernière visite chez le dentiste.	56
Figure 19 : Répartition de l'effectif selon le type de cabinet dentaire fréquenté.	59
Figure 20 : Répartition de l'effectif selon la satisfaction de l'accueil	60
Figure 21 : Répartition de l'effectif selon la qualification de la dernière visite chez le dentiste.	60
Figure 22 : Répartition de l'effectif selon le point de vue vis-à-vis des soins périodiques.	61

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général.....	4
Objectifs spécifiques.....	4
I. GENERALITES.....	5
1.1. Anatomie de la cavité buccale.....	5
1.2. Fonctions de la cavité buccale.....	10
1.3. Organe dentaire.....	12
1.4. Pathologies buccodentaires.....	20
1.5. L'hygiène buccodentaire.....	32
II. METHODOLOGIE.....	39
2.1. Cadre de l'étude.....	39
2.2. Type et période d'étude.....	40
2.3. Population de l'étude.....	40
2.4. Critère d'inclusion dans l'étude.....	40
2.5. Critère de non inclusion dans l'étude.....	41
2.6. Critère d'exclusion dans l'étude.....	41
2.7. Collecte et analyse des données.....	41
2.8. Méthode.....	41
2.9. Variables étudiées.....	41
2.10. Retombées scientifiques.....	42
2.11. Considérations éthiques.....	42
III. RESULTATS.....	43

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	63
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS	70
REFERENCES	71
ANNEXES	74

INTRODUCTION

Selon l’OMS la santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, psychologique, moral et social et ne consiste pas seulement à l’absence de maladie ou d’infirmité »[1]. La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé. Elle joue un rôle important dans le maintien de la santé générale et du bien-être d’une personne. Une bouche en bonne santé permet de parler, de sourire, de toucher, de goûter, de manger et de vivre en communauté sans devoir souffrir d’inconfort ou d’embarras. Les maladies bucco-dentaires, quant à elles, restreignent les activités scolaires et personnelles[2].

La santé publique dentaire est définie comme "la science et l’art de prévenir et de contrôler les maladies bucco-dentaires et de promouvoir la santé bucco-dentaire par des efforts des communautés organisées" [1].

Les problèmes de santé bucco-dentaire sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers[3] . Ils atteignent plus souvent les populations défavorisées et socialement marginalisées [1].

Outre les douleurs et l’infection, les pathologies bucco-dentaires entraînent des difficultés de mastication, d’élocution, de détérioration de l’apparence physique avec des conséquences défavorables sur la vie sociale[4].

Selon la société suisse des médecins-dentistes (SSO, 2014), 90% de la population à travers le monde souffre d’infections buccodentaires au cours de sa vie et 60 à 90% des écoliers sont touchés par la carie[1]. La carie dentaire et les maladies parodontales sont considérées comme les deux principales affections dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire, qui touche un grand nombre d’individus [1].

Selon l'OMS la carie dentaire demeure le troisième fléau mondial en terme de morbidité[5]. Elle est fréquente et plus de 90% des Européens sont atteints[3].

En Afrique, le phénomène est important. Le continent africain accuse un retard considérable dans le développement et l'accès aux soins bucco-dentaires[3].

L'absence d'hygiène buccale combinée avec les changements des habitudes alimentaires, surtout en zone urbaine, sont à l'origine de la recrudescence de ces affections bucco-dentaires dont les plus fréquentes sont les caries dentaires et les parodontopathies [4]. Ces pathologies ne sont pas considérées à leurs justes valeurs, elles sont peu connues par la population.

En rapport avec les connaissances des élèves sur l'hygiène bucco-dentaire, Diawara O et al [4] ont trouvé 93,33% des cas de sujets qui affirmaient que les personnes qui ne se brossaient pas correctement les dents sont les plus susceptibles de faire la carie dentaire. 61,33% des élèves disaient que la carie dentaire se transmettait par le manque d'hygiène bucco-dentaire et pour 33,33% des élèves, l'utilisation des brosses à dents et l'hygiène bucco-dentaire sont les moyens de lutte contre les infections buccodentaires.

Tristan A N S[6] dans ces travaux sur les connaissances relatives à la pathologie carieuse trouva que 73,6% des patients se focalisaient sur l'alimentation riche en sucre comme cause de la carie et 59,1% pensaient à la douleur comme principale manifestation de la pathologie carieuse.

Dans leur revue systématique, Gambhir et al. (2013) ont constaté que les programmes de sensibilisation amélioraient chez les élèves les connaissances relatives aux problèmes de santé bucco-dentaire[7]. La majorité des études ont signalé une amélioration importante de divers aspects du brossage des dents : technique de brossage ; nombre de surfaces de dents nettoyées ; fréquence de brossage ; durée du brossage; et l'utilisation d'un type approprié de brosse à dents et de dentifrice fluoré[8].

De plus, les pratiques liées au rinçage de la bouche et au nettoyage de la langue après les repas, ainsi que la fréquence du changement périodique des brosses à dents ont également augmenté après la sensibilisation [9].

C'est dans cette optique que nous nous sommes proposés de mener cette étude afin d'apporter notre modeste contribution à la sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire chez les jeunes.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer les connaissances, les pratiques et la perception des jeunes de 15 à 45 ans sur la santé bucco-dentaire dans le District de Bamako.

Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques et les habitudes d'hygiène buccodentaire chez les jeunes de 15 à 45 ans;
2. Déterminer le niveau de connaissances des jeunes sur les affections bucco-dentaires ;
3. Décrire les attitudes des jeunes par rapport à la santé bucco-dentaire
4. Décrire la perception des jeunes sur l'état de santé bucco-dentaire.

I. GENERALITES

Dans cette section nous allons étudier les rappels anatomiques, physiologiques et les pathologies bucco-dentaires.

1.1. Anatomie de la cavité buccale: [10]

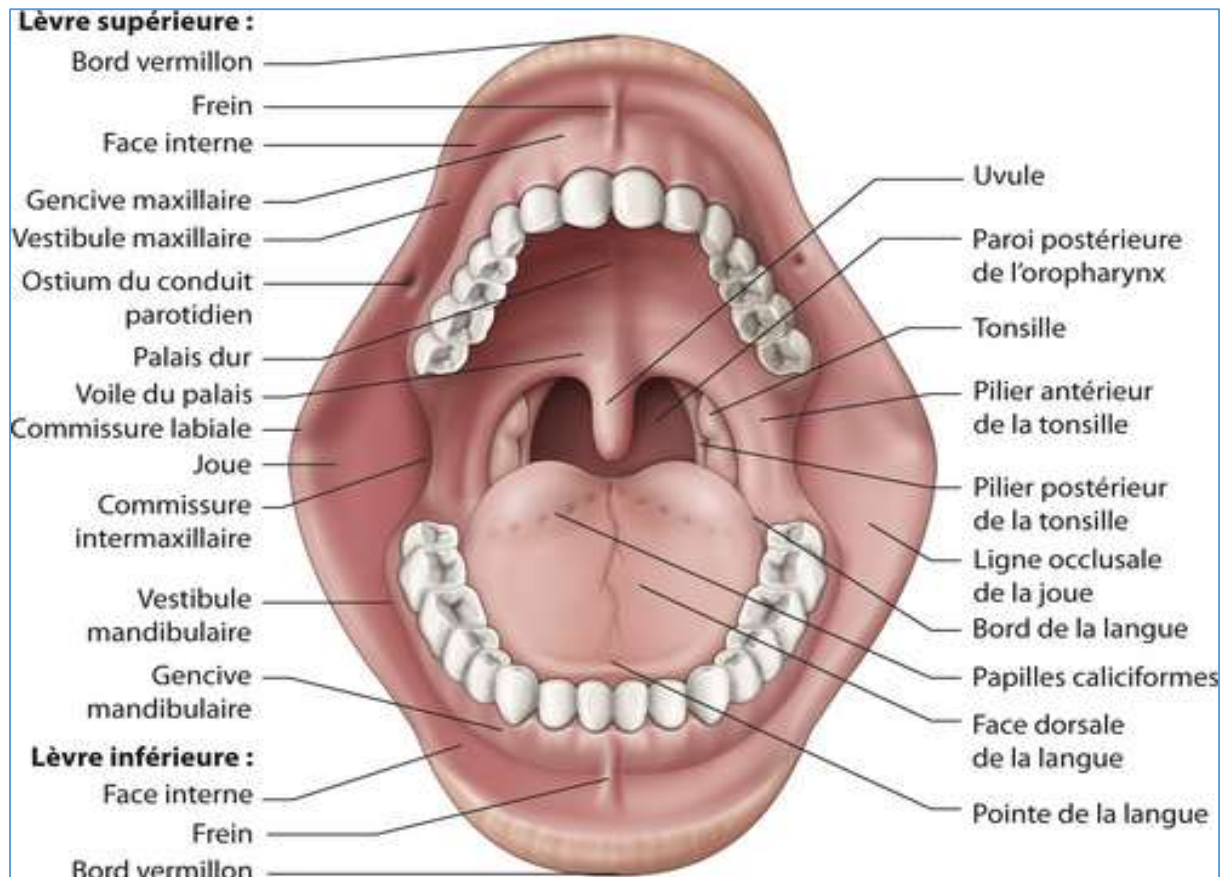


Figure 1: Vue antérieure de la cavité buccale [11].

La bouche ou cavité buccale est la partie de l'appareil digestif dont l'orifice se situe au niveau de l'étage inférieur de la face. On lui décrit habituellement 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 la voile du palais est abaissée ;

- 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 gingivo-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 forme la première cavité du tube digestif. Limitée en avant par le sphincter labial, la cavité buccale s'ouvre en arrière sur l'axe aéro-digestif du pharynx.

Elle possède des faces et deux orifices.

✓ **Limites**

- En avant les lèvres supérieure et inférieure ;
- Latéralement, les joues ;
- En bas, la langue et la région sublinguale ;
- En haut, le palais qui se divise en un palais osseux et un palais mou ou voile du palais dont le bord supérieur, libre, présente un prolongement conique en son milieu (la lchette).

Sur le voile du palais apparaît l'empreinte du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, en dedans et en arrière de la tubérosité mandibulaire. La lchette porte deux replis muqueux, les piliers du voile du palais (piliers antérieur et postérieur) entre lesquels siègent les amygdales palatines.

✓ **Les orifices**

Ils sont au nombre de deux :

- L'orifice antérieur, buccal, limité par les lèvres fait communiquer la cavité buccale avec l'extérieur.
- L'orifice postérieur (**isthme du gosier**), fait communiquer la cavité buccale avec la portion buccale du pharynx. Il est limité par le voile du palais, le pilier antérieur du voile et la face dorsale de la langue.

✓ **Le contenu de la cavité buccale**

Il est subdivisé en deux parties par les arcades alvéolo-dentaires. La cavité périphérique répond au **vestibule** et la cavité centrale est **la cavité buccale** proprement dite.

✓ **Le vestibule buccal**

C'est un espace en fer de cheval, compris entre les arcades alvéolo-dentaires et les lèvres en avant, entre les arcades alvéolo-dentaires et les joues en arrière.

IL communique avec la cavité buccale en arrière des dernières molaires et les vestibules droits et gauches sont continus en avant, dans la région alvéolo-dentaire incisive qui est couramment rétrécie par les replis muqueux des freins labiaux antérieur et postérieur.

Il est tapissé, excepté au niveau des arcades dentaires, par la muqueuse buccale qui, se fléchissant des lèvres et des joues recouvre les arcades alvéolo-dentaires devient gencive ou muqueuse alvéolaire selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium kératinisé. La zone de séparation entre ces deux tissus correspond à la ligne mucco-gingivale.

La paroi externe de la cavité vestibulaire présente des replis muqueux ou freins qui sont constants au niveau des incisives maxillaires et mandibulaires ; ce sont les freins médians.

On rencontre aussi des freins muqueux vestibulaires en regard de secteurs dentés plus postérieurs (prémolaires).

En face de la première molaire supérieure, s'ouvre l'orifice d'évacuation du canal de Sténon, canal excréteur de la glande parotidienne.

✓ **La cavité buccale proprement dite**

Elle est limitée sur son pourtour par les arcades alvéolo-dentaires (en avant et sur les côtés), en haut par la voûte palatine et le palais mou, en arrière par l'isthme du gosier (voile du palais, piliers antérieurs du voile et base de la langue).

Cette cavité change de volume lorsque la bouche s'ouvre ou se ferme ; elle contient un organe d'une grande mobilité (la langue), séparé de l'arcade alvéolo-dentaire mandibulaire par le sillon alvéolo-lingual.

La voûte palatine est limitée, en avant et latéralement par l'arcade dentaire maxillaire. En arrière, elle se poursuit par le voile du palais.

Elle est concave dans tous les sens et présente à sa surface, des reliefs dont l'importance, la disposition et le dessin sont considérablement variables d'un sujet à l'autre.

Sagittalement, la voûte palatine muqueuse est marquée par un relief de teinte plus claire, le raphé, qui se prolonge sur le palais mou jusqu'à la lnette. Immédiatement en arrière des incisives, à l'extrémité antérieure du raphé, le tubercule palatin est entouré de crêtes palatines dont le nombre et le dessin sont variables.

La langue se divise en une partie antérieure libre et une partie postérieure fixe, la base ou racine.

- La partie libre évolue dans la cavité buccale, elle est d'une grande mobilité.
- Elle est aplatie de haut en bas, on lui décrit une face supérieure dorsale, une face inférieure appliquée au repos sur le plancher buccal, une pointe et des bords.

- La face supérieure ou dorsale est séparée en deux par le « V » lingual ouvert vers l'avant.
- Le sommet du « V » lingual s'appelle le foramen cæcum.
- Sa partie antérieure est déprimée par le sillon médial du foramen cæcum à la pointe. Elle est recouverte de papilles linguales. Les papilles caliciformes se rangent en V pour former le « V » lingual. La partie postérieure de la langue a une surface extrêmement irrégulière.
- La face interne de la langue est recouverte d'une muqueuse lisse et fine. Elle forme un repli plus ou moins marqué, le frein ou filet de la langue qui se trouve en avant de la caroncule sublinguale, au sommet de laquelle se trouvent les orifices des canaux de Wharton, canaux excréteurs des glandes salivaires sous-maxillaires.
- Les bords de la langue s'amincissent d'arrière en avant.
- La pointe de la langue est de forme variable. Elle est généralement déprimée par le sillon longitudinal lingual médian.
- Le sillon alvéolo-lingual, découvert en soulevant la langue, est limité sur son pourtour par l'arcade dentaire mandibulaire et en arrière par les insertions de la langue.
- Il présente à sa surface la caroncule sublinguale et les orifices excréteurs des sublinguaux.

La langue est constituée de 17 muscles : 8 pairs, 1 impair [12].

Ils naissent de la symphyse mentonnière, de l'os hyoïde, de l'épiglotte, du pharynx, du processus styloïde, du voile du palais. Tous les muscles de la langue sont innervés par le nerf hypoglosse (Nerf XII).

Il s'agit des muscles : génio-glosse, hyo-glosse, glosso-pharyngé, constricteur supérieur du pharynx, glosso-tonsillaire, constricteur supérieur du pharynx, stylo-glosse (qui bifurque à l'extrémité postérieure du bord latéral de la langue) et palato-glosse. Les trois muscles intrinsèques sont : le

muscle longitudinal inférieur, le muscle transverse de la langue et le muscle longitudinal supérieur (muscle impair, médian).

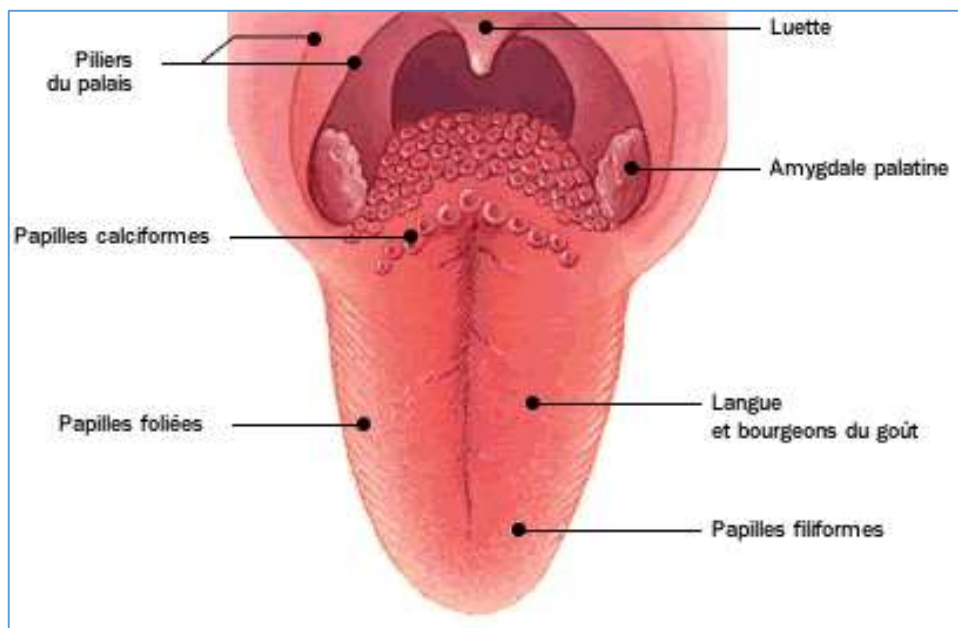


Figure 1 : Structure de la langue [13]

1.2. Fonctions 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 gustation,
- la mastication,
- la déglutition,
- la phonation,
- la respiration,
- l'expression,
- la communication.

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].

1.3. Organe dentaire [16]

1.3.1. La dent

Sur le plan anatomique la dent est divisée en deux parties : la couronne et la/ou les racines réunies par le collet.

✓ La couronne visible comprend de la périphérie vers le centre :

- _ L'émail
- _ La dentine
- _ La pulpe

✓ La racine comprend de la périphérie vers le centre :

- _ Le ciment
- _ La dentine
- _ Le canal pulpaire qui se termine dans l'apex.

L'ensemble des tissus de soutien de la dent ou parodonte est constitué par le ciment, le desmodonte, l'os alvéolaire, la gencive.

✓ **Description de l'organe dentaire**

L'organe dentaire est formé de plusieurs structures : l'émail, la dentine, la pulpe et le ciment.

✓ **Émail**

C'est un tissu calcifié et acellulaire composé :

- d'une partie minérale essentiellement constituée de cristaux d'hydroxy apatite et contient environ 2 % d'eau ;
- d'une partie organique qui est composée de protéines, de lipides et complexes protéines-polysaccharides.

✓ **Dentine**

C'est un tissu moins minéralisé que l'émail et cellulaire. Elle est composée :

- d'une partie minérale essentiellement des cristaux d'hydroxy apatite ;

- d'une partie organique, constituée de collagène, de protéines non collagéniques, de complexes protéines-polysaccharides, de citrates et de phospholipides.

L'eau représente 12% du poids de la dentine.

✓ **Cément**

C'est un tissu minéralisé, cellulaire dont l'épaisseur est variable. Il est composé :

- d'une phase minérale, elle est composée en majeure partie d'hydroxapatite ;
- d'une phase organique contenant : du collagène de type I, des complexes glycoprotéiques et mucopolysacchariques, des cémentoblastes et des cémentocytes.

Il recouvre la racine des dents, c'est à son niveau que sont insérées les fibres ligamentaires du desmodonte (gingivo-dentaires et alvéolo-dentaires).

✓ **Pulpe**

C'est un tissu conjonctif possédant des fonctions nutritives, neurosensorielles et réparatrices. Elle se divise en deux zones :

- une zone périphérique constituée des odontoblastes et de la couche sous-endoblastique (formée par les cellules de höhl);
- une partie centrale contenant le tissu pulpaire proprement dit.

Son réseau vasculaire est dense ;

Les fibres nerveuses sensibles proviennent du nerf trijumeau (V) et les fibres vasomotrices sont issues du système sympathique ;

Les éléments cellulaires sont : fibroblastes et fibrocytes, cellules indifférenciées, cellules endothéliales et péricytes, cellules de défense.

1.3.2. Tissu de soutien

✓ Os alvéolaire

Il constitue le support des dents temporaires, puis des dents permanentes. Il est constitué d'une table osseuse vestibulaire, et d'une table osseuse linguale et palatine reliées entre elles par le septum inter-dentaire et inter radiculaire.

L'os alvéolaire est en continuité avec l'os basal maxillaire et mandibulaire. Son architecture est constamment remodelée au cours de la croissance alvéolaire. Son existence est liée à la présence des dents.

✓ Desmodonte ou le LAD (le ligament alvéolo-dentaire)

C'est le tissu conjonctif qui relie la surface cémentaire de la racine dentaire à l'os alvéolaire par un système de fibres.

Des remaniements importants dans l'architecture desmodontale interviennent.

Outre sa fonction d'ancrage, le desmodonte joue le rôle d'amortisseur des forces occlusales et de transmission à l'os alvéolaire.

✓ Gencive

C'est la partie fibromuqueuse, il recouvre une partie des corticales des procès alvéolaires et entoure la région cervicale des dents.

Elle est limitée dans sa partie coronaire par le rebord marginal ou bord gingival libre, dont le contour est festonné et parallèle à la jonction amélocémentaire.

Elle est limitée dans sa partie apicale par la ligne mucogingivale qui sépare la gencive de la muqueuse alvéolaire.

La gencive est de couleur rose corail, de consistance ferme, et sa texture présente un aspect granité en peau d'orange.

On divise cette gencive en deux zones : la gencive libre et la gencive attachée.

- La gencive libre (ou gencive marginale) : c'est la collerette gingivale festonnée sertissant le collet des dents, qui s'étend du bord gingival au sillon marginal (ousillon gingival libre), inconstant, et correspondant au fond du sulcus gingival, qui est l'espace entre la dent et la paroi interne de la gencive libre.

La gencive libre comprend aussi la gencive inter-dentaire ou Inter proximale (ou papille inter dentaire) dont la forme pyramidale occupe l'espace inter dentaire.

- La gencive attachée (ou gencive adhérente) : elle s'étend du sillon marginal à la ligne muco-gingivale. Sa hauteur varie de 1 à 9 mm en fonction des différents secteurs de la cavité buccale.

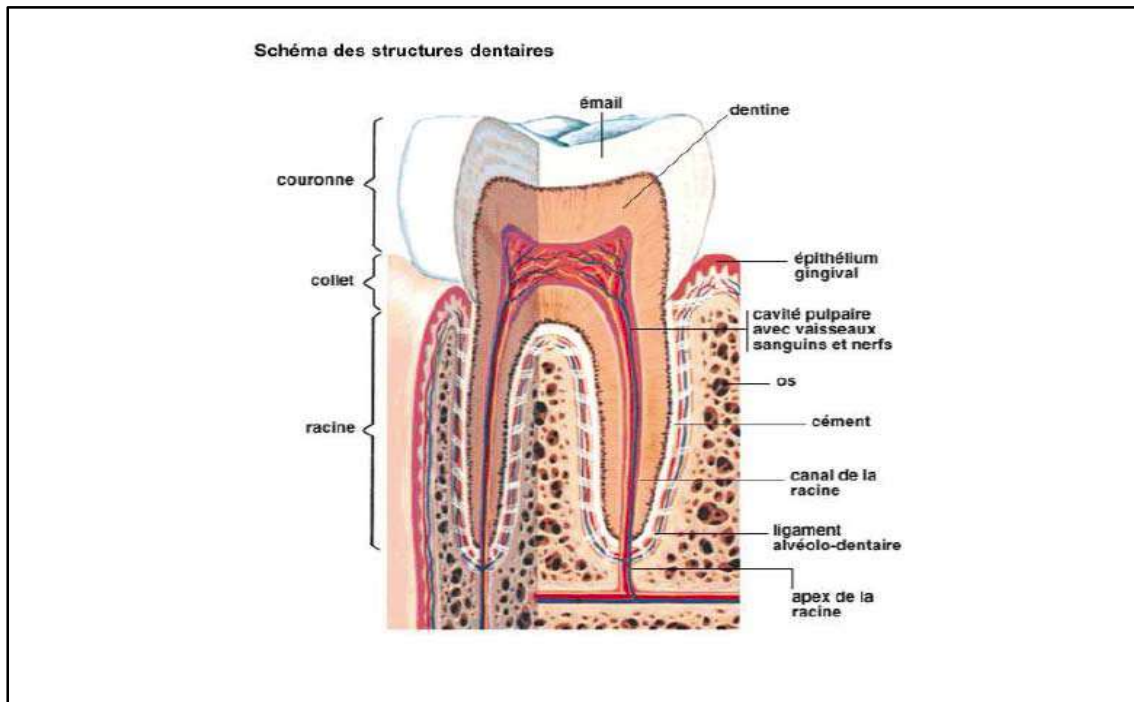


Figure 2: Schéma des structures dentaires [10]

1.3.3. Vascularisation et innervation des dents[16]

L'arcade supérieure est vascularisée par les artères alvéolaires supéro-antérieure et supéro-postérieure, branches de l'artère maxillaire et l'artère infra-orbitaire.

L'innervation sensitive est assurée par des rameaux alvéolaires, branches du nerf maxillaire.

L'arcade inférieure est vascularisée par l'artère alvéolaire inférieure et l'innervation provient des branches du nerf mandibulaire.

1.3.4. Différentes classes de dents [17]

L'Homme possède quatre classes de dents : les incisives, les canines, les prémolaires et les molaires.

✓ Les incisives

Elles sont au nombre de huit, quatre à chacune des mâchoires. Celles du maxillaire sont implantées sur le pré-maxillaire.

Les incisives mandibulaires sont celles qui s'articulent avec les incisives maxillaires.

Elles ont un bord coupant et leur fonction est de couper, de prendre ou de tenir.

✓ Les canines

Les canines suivent immédiatement les incisives. Elles sont au nombre de quatre, deux à chacune des mâchoires. Elles ne possèdent qu'une cuspide. La canine maxillaire est la première dent en arrière de la suture pré-maxillo-maxillaire.

La canine mandibulaire est la dent qui s'articule en avant de la canine maxillaire. Les canines possèdent deux bords coupants qui se rejoignent au sommet de la cuspide.

Les canines sont à l'angle de l'arcade dentaire et séparent les dents antérieures des dents postérieures ou post-canines.

✓ Les prémolaires

Ces dents sont par définition les dents qui sont en avant des molaires. Elles possèdent une face triturante avec des cuspides. Leur couronne est grossièrement cuboïde et en général bicuspide (d'où leur nom en anglais « bicuspid »). Les prémolaires sont précédées par les dents temporaires.

✓ **Les molaires**

Ce sont les dents les plus postérieures de l'arcade dentaire ; elles sont multicuspidées et leur face triturante est importante. Elles possèdent toujours au moins deux cuspidées du côté vestibulaire.

1.3.5. Dentures et dentition

Chez l'homme on distingue trois dentures [17]

De six mois à six ans, la denture lactéale (ou temporaire) Qui commence dès l'apparition de l'incisive centrale mandibulaire (six mois) qui devient complète à la mise en place de la deuxième molaire supérieure (vingt à vingt-quatre mois), et se poursuit jusqu'à six ans ; elle présente vingt dents.

De six à douze ans la denture mixte commençant par l'apparition de la première molaire permanente et se terminant par l'éruption de la deuxième molaire permanente ; elle se caractérise par la présence sur l'arcade des dents temporaires et permanentes.

À partir de douze ans, la denture permanente comprenant trente-deux dents (en cas d'évolution des dents de sagesse ou troisième molaire) ; lors de l'éruption des dents permanentes dans la cavité buccale, il est à noter que les racines ne sont pas encore totalement édifiées.

La dentition désigne l'ensemble des phénomènes concernant la formation, la croissance et l'éruption des dents à travers la gencive et plus particulièrement leur mise en place sur l'arcade.

1.3.6. Nomenclatures dentaires [17]

Les dents sont alignées selon deux arcades dentaires, l'une maxillaire, l'autre mandibulaire, que le plan sagittal médian de symétrie bilatérale (cadrants) subdivise en héli-arcades maxillaires et mandibulaires droites et gauches.

✓ **Formules dentaires**

Les formules dentaires classiques résument le contenu de chacune de ces hémio-arcades.

✓ **Formule dentaire de lait :**

- **i**= incisive: 4/4i
- **c**= canines : 2/2c
- **m**=molaires : 4/4m

✓ **Formule dentaire permanente :**

- **I**= incisive: 4/4I
- **C**= canines: 2/2C
- **P**= prémolaires: 4/4P
- **M**= molaire: 6/6M

✓ **Nomenclature normalisée internationale de l’OMS**

Chaque dent a un numéro à deux chiffres dont le premier désigne un quadrant ou hémio-arcade (de 1 à 4 pour les dents permanentes ou définitives et de 5 à 8 pour les dents temporaires ou dents de lait) et le deuxième, le rang de la dent, de 1 à 8 (1 à 5 pour les dents temporaires) en partant du milieu jusqu’au fond[18].

Pour les dents permanentes :

Droite Gauche

- Cadrant 1 Cadrant 2
- Cadrant 4 Cadrant 3

La numérotation internationale est la suivante :

Maxillaire																
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Mandibule																

Pour les dents temporaires :

Droite Gauche

- Cadran 5 Cadran 6
- Cadran 8 Cadran 7

La numération internationale est la suivante :

Maxillaire

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Mandibule

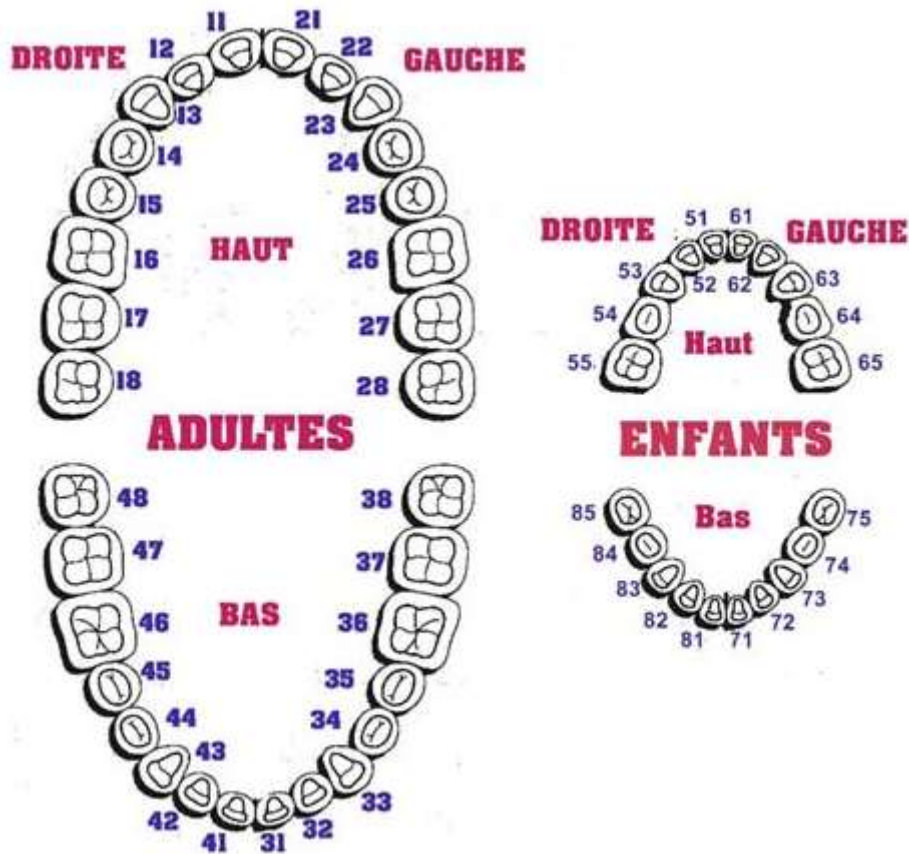


Figure 2: Schémas de la nomenclature dentaire (adulte et enfant)[18].

1.4. Pathologies buccodentaires

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[19].

1.4.1. Définition de la carie dentaire

La carie dentaire est une maladie infectieuse. L'émail de la dent est le premier touché.

La carie est caractérisée par des périodes de déminéralisation alternant avec des périodes de reminéralisations. Elle est localisée, se dirigeant de l'extérieur vers l'intérieur de la dent. Elle affecte les tissus durs de la dent à des degrés variables, allant de la simple perte de minéraux, non détectable à l'œil nu, à une destruction complète de la dent[20].

Le processus carieux est généralement interrompu aux stades initiaux et dans des conditions favorables, tandis qu'il est irréversible aux stades avancés. **KEYES** a mis en évidence trois facteurs étiologiques principaux : l'hôte, les facteurs microbiens et l'alimentation auxquels **NEWBRUN**, en 1978, intègre le facteur temps[21].

Les caries sont très fréquentes. Plus de neuf personnes sur dix auraient eu au moins une carie. En France, plus d'un tiers des enfants de six ans et plus de la moitié des enfants de 12 ans auraient été concernés par cette infection. Au Canada, 57 % des enfants âgés entre 6 et 12 ans ont au moins eu une carie.[19]

La prévalence des caries qui touchent la couronne de la dent augmente jusqu'à la quarantaine et se stabilise ensuite. La prévalence des caries qui touchent la racine de la dent, souvent par déchaussement de la gencive continue à augmenter avec l'âge et sont fréquentes chez les aînés. Les caries dentaires, touchent les dents de lait et les dents définitives. Une dent de lait cariée doit être soignée même si elle est amenée à tomber. Les caries atteignent plutôt les molaires et les prémolaires, qui sont plus difficiles à nettoyer lors du brossage.

Les caries ne guérissent jamais spontanément et peuvent entraîner la chute des dents.

Les sucres seraient l'un des principaux facteurs responsables de l'attaque de l'émail. En effet, les bactéries présentes dans la bouche, principalement les Streptocoques mutans et les lactobacilles décomposent les sucres en acides, elles se lient aux acides, aux particules alimentaires et à la salive pour former la plaque dentaire, à l'origine de la carie dentaire. Le brossage des dents enlève cette plaque. Il existe par exemple un lien entre boissons sucrées et caries. Mais d'autres facteurs comme le grignotage ou un mauvais brossage de dents sont également mis en cause.

Si la carie n'est pas soignée, la cavité s'agrandit et s'approfondit. Ainsi elle peut atteindre la dentine c'est la dentinite. Des douleurs commencent à se faire sentir, notamment avec le froid ou le sucre. La carie peut gagner la pulpe de la dent. On parle de pulpite ou « rage de dents ». Enfin, un abcès dentaire peut apparaître.

La carie peut avoir des conséquences sérieuses sur les dents et la santé en général. Elle peut, par exemple, provoquer des douleurs importantes, des abcès parfois accompagnés de fièvre, des problèmes de mastication et de nutrition, des dents qui se cassent ou tombent. La carie doit donc être soignée au plus tôt[22].

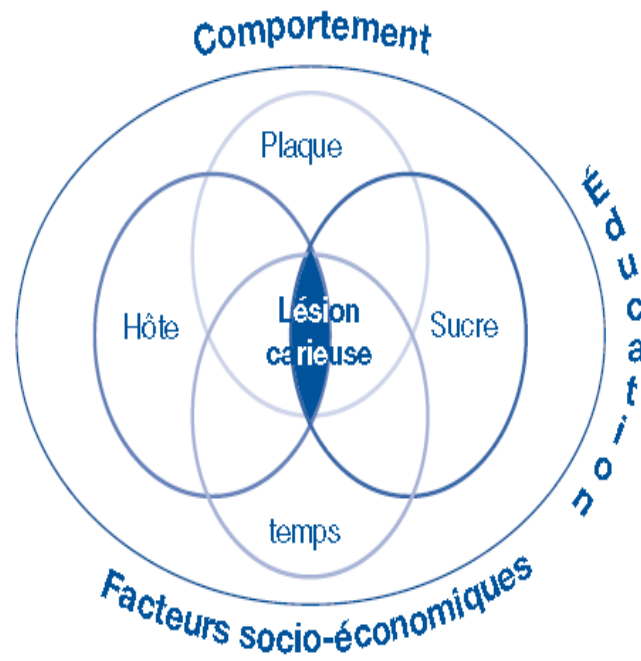


Figure 4 : Facteurs de risques des caries dentaires

Source[23].

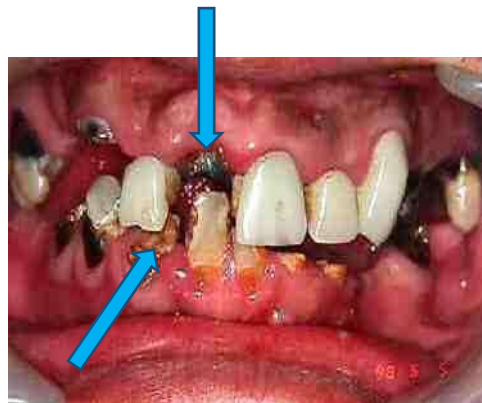


Figure 5 : Caries dentaires

Source [20].

1.4.2. Les maladies parodontales

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 la dent et assure son maintien sur l'arcade. En effet l'existence du parodonte est intimement liée à la présence de la dent 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 pathologies : les gingivites et les parodontopathies[24].



Figure 3 : la parodontite

Source : yandex

a. Les gingivites [25]

Une gingivite est une inflammation de la gencive due à une agression par des bactéries présentes dans la plaque dentaire, appelée maintenant « biofilm bactérien ». Cette maladie existe à tous les âges, à des degrés plus ou moins grands. Elle peut aboutir à une destruction de la partie superficielle de la gencive, ce qui provoque des douleurs intenses jusqu'à interdire l'alimentation. Si elle n'est pas traitée à temps, la gingivite risque de se transformer en parodontite avec disparition de l'os autour de la dent, mobilité et perte possible de celle-ci. Différentes études montrent que la gingivite et la parodontite touchent respectivement 50 à 80% des personnes en France [19].

La gingivite a un impact général sur la santé : les bactéries présentes dans la bouche peuvent disséminer dans le corps. La gingivite est ainsi un facteur de risque de l'infarctus, du diabète, et même d'accouchements prématurés.

A peu près 500 bactéries peuvent provoquer une gingivite et leur présence dans la bouche varie en fonction des zones géographiques et des populations. L'inégalité des individus face à cette infection est due à la susceptibilité familiale et à l'hygiène bucco-dentaire.

Ceux qui n'ont jamais eu de carie sont plus susceptibles de développer une gingivite : car les bactéries provoquant les caries entrent en compétition avec celles responsables de la gingivite et les réduisent au « silence ».

L'alimentation n'entre pas en jeu dans cette maladie bien qu'une carence en vitamine C soit un facteur aggravant et puis une gingivite peut commencer dans l'enfance et prendre de l'ampleur en l'absence d'hygiène bucco-dentaire correcte.



Figure 6 : Gingivite

Source[26]

b. Les parodontites [27]

La parodontite est une inflammation qui touche non seulement la gencive mais aussi le tissu osseux sous-jacent. Elle se traduit par une résorption de celui-ci, qui en absence de traitement, aboutit à un déchaussement des dents voire à une perte définitive de la dent, dans le pire des cas.

Elle se caractérise surtout par un saignement de la gencive. Pour certains patients, l'inflammation reste limitée à la gencive. Elle peut progresser vers une parodontite.

Quand la maladie évolue vers une parodontite, d'autres signes cliniques apparaissent : des mobilités et des migrations dentaires, des voussures de la gencive (abcès de la gencive) sont autant de facteurs qui évoquent la présence d'une parodontite. Ils alertent le patient. Une consultation chez le chirurgien-dentiste s'impose pour traiter la maladie. Du fait de la perte osseuse, un espace vide se crée entre la dent et la gencive, espace qui ne reste pas vide longtemps et qui est rapidement colonisé par les bactéries. Des bactéries plus virulentes apparaissent donc et augmentent la destruction osseuse.

Une hygiène bucco-dentaire adaptée aux besoins du patient est enseignée, il est absolument nécessaire que le patient maîtrise parfaitement son brossage pour que le traitement puisse aboutir.

En effet, l'inflammation ne pourra disparaître que si les bactéries sont éliminées, car elles sont responsables du déclenchement des gingivites et des parodontites.

Un détartrage complet de la bouche est ensuite réalisé où le tartre supra-gingival est enlevé. Le tartre, chez un sujet sans maladie parodontale, se situe au-dessus de la gencive. Chez un patient avec une parodontite, le tartre s'accroche non seulement au-dessus de la gencive mais aussi sous la gencive, dans la zone où le tissu osseux est détruit. Dans ce cas, le praticien réalise en plus du détartrage, un

surfaçage qui vise à éliminer le tartre sous gingival et les bactéries accrochées à la racine, mise à nue du fait de l'os perdu.

Si ce traitement n'est pas suffisant pour retrouver une gencive saine, des traitements chirurgicaux sont à envisager.



Figure 7 : Parodontite

Source [28]

1.4.3. Les lésions de la muqueuse buccale [29]

La muqueuse buccale regroupe la langue, le plancher de la langue, les gencives, la face interne des joues et des lèvres, le palais et le voile du palais. Tout comme la peau, dont elle est très proche quant à sa constitution, elle est exposée à toutes sortes d'agressions, qu'elles soient bactériennes, virales, mycosiques (champignons), physiques, chimiques ou thermiques. Elle peut être le siège de pathologies extrêmement variées, dont les principales formes sont abordées dans les lignes qui suivent.

La plupart des lésions rencontrées sont bénignes, mais elles peuvent constituer les prémices de lésions beaucoup plus graves, c'est pourquoi, la moindre anomalie détectée en bouche doit inciter à consulter un spécialiste. En ce sens, le Chirurgien-Dentiste se trouve souvent en première ligne dans le dépistage et la prévention de certaines pathologies buccales. En examinant une lésion, il peut être amené à déclencher des démarches diagnostiques et initier une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire. Il représente donc souvent le premier maillon de la chaîne thérapeutique.

1.4.3.1. Les aphtes

Ce sont des lésions bénignes qui représentent un motif fréquent de consultation. Il s'agit d'ulcérations douloureuses de la muqueuse buccale. Ils sont superficiels, de taille et de localisation variables et sont souvent perçus comme des brûlures. Les facteurs connus favorisant son apparition sont le stress, certains aliments comme les noix, le gruyère, les épices, les kiwis, certains médicaments (ex : aspirine, antibiotiques), les traumatismes (prothèse ou obturation dentaire irritative, morsure, dérapage de brosse à dents), certaines infections. En l'absence de traitement, un aphte demande généralement 10 à 15 jours pour cicatriser.



Figure 4 : Aphte[30]

1.4.3.2. Les candidoses

Appelées aussi "muguet", elles sont le résultat de la colonisation massive de la muqueuse buccale par un champignon : le Candida Albicans. Normalement, le Candida Albicans n'est pas un ennemi ; c'est sa prolifération qui le rend pathogène. Les candidoses surviennent suite à l'altération des défenses de l'organisme, telles que le diabète, la prise prolongée d'antibiotiques, la sécheresse buccale, la dénutrition, la diminution immunitaire.



Figure 5 : Candidose buccale [31]

1.4.3.3. Les lésions blanches, rouges et pigmentées

Ces lésions buccales sont très variées et vont des lésions les plus bénignes aux lésions cancéreuses. Toute modification de l'aspect de la muqueuse buccale, qu'elle soit douloureuse ou non, est un motif de consultation. Les origines de ces lésions peuvent être diverses : tabac, traumatisme (causé par des dents ou des prothèses dentaires), accident thermique ou chimique, candidose (champignon), atteinte virale ou bactérienne, certaines maladies. Les thérapies mises en place dépendent du diagnostic de ces lésions, lui-même souvent posé après examens complémentaires.

1.4.3.4. Les épulis

Ce sont des excroissances bénignes de la gencive, qui saignent facilement et qui peuvent avoir des causes multiples (mauvaise hygiène bucco-dentaire ; prothèse inappropriée). Leur traitement consiste en leur exérèse.



Figure 6 : Epulis [32]

1.4.3.5. Les herpès

Ce sont des lésions qui touchent fréquemment les lèvres (ce sont les classiques "boutons de fièvre"), ou qui peuvent être localisées à d'autres endroits. Elles sont dues à un virus qui passe régulièrement de la phase passive à la phase active. Différents stimuli tels qu'une irradiation solaire, des stress psychiques... des facteurs hormonaux ou qu'une brûlure légère des lèvres peuvent faire que le virus redevienne actif et se développe.



Figure 7 : Herpes labial

Source : https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Herp%C3%A8s_buccal/1006989. (16/02/2022)

1.4.3.6. Les calculs

Ce sont des obstacles minéraux situés dans les glandes salivaires principales ou sur le trajet de leur canal excréteur. Ils gênent l'écoulement de salive et entraînent un gonflement de la glande salivaire concernée souvent accompagné de douleurs et parfois même d'une infection pouvant se compliquer en abcès. Le traitement médical recourt essentiellement aux anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et l'inflammation et parfois aux antibiotiques s'il y a une infection associée. Le traitement chirurgical, quant à lui, vise à extraire le calcul.

1.4.3.7. La bouche sèche

Elle est due à un déficit de la sécrétion de salive et est le plus souvent consécutive à la prise de médicaments. Les complications de cette sécheresse vont de la simple inflammation gingivale à la candidose, en passant par des difficultés de déglutition et des troubles gustatifs. Outre les traitements spécifiques, il y a toute une série de gestes simples qui peuvent augmenter la sécrétion de salive : boire au minimum 1,5 litre d'eau par jour pour bien s'hydrater, mâcher des chewing-gums sans sucre, sucer des bonbons mentholés, etc.

1.4.4. Les anomalies orthodontiques [19]

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 :

1.4.4.1. 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 entre les arcades dans les trois sens de l'espace (anomalies 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.

1.4.4.2. Les anomalies fonctionnelles

On peut citer :

- les anomalies cinétiques des relations d'arcade
- les anomalies d'une fonction oro-faciale : déglutition, ventilation, phonation.

1.5. L'hygiène buccodentaire

1.5.1. Définitions

L'hygiène buccodentaire est un ensemble de pratiques mécaniques permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents [26].

Elle est composée de l'hygiène dentaire de l'hygiène buccale (les problèmes mineurs touchant la bouche, les affections buccales). L'élimination de la plaque bactérienne permet d'éviter les maladies buccodentaires.

1.5.2. Prévention [33]

Pour la prise de conscience individuelle et collective de tous les déterminants de la bonne santé globale, il est nécessaire d'inclure la santé dentaire, de la prévention en passant par la prise en charge coordonnée.

Pour améliorer les politiques de prévention primaire, l'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 le patient en considérant l'ensemble de sa situation de santé et pas uniquement en faisant l'objet de la consultation. 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 incitant ainsi chacun à prendre des comportements responsables, et d'autre part, de faire des chirurgiens-dentistes un maillon essentiel de l'éducation à la santé au sein et en dehors de leur cabinet dentaire.

✓ **L'UFSBD recommande :**

- la prévention des comportements à risque dans la population générale (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, 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).

1.5.3. Objectifs des soins d'hygiène buccodentaires [34] :

- 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 (bien-être, élocution, bonne image de soi).

1.5.4. Matériel utilisé pour l'hygiène buccodentaire

Les matériels utilisés pour le brossage des dents sont : brosse à dents (manuel et électrique), fil dentaire, bossette inter-dentaire, bâtonnet frotte dent, pâte dentifrice, révélateur de plaque dentaire, Hydro propulseur ou jet dentaire, bains de bouche (antiseptiques ou anti-inflammatoires).

1.5.5. Méthodes de brossage [35]

Les techniques de brossages sont fondées sur des mouvements. Il peut s'agir de simples mouvements horizontaux, verticaux ou circulaires tous pouvant être associés dans une méthode. 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. Quelle que soit la méthode, elle doit 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 2^{ème} ou 3^{ème} 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

C'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. 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 et réduire la pression sur les joues, il est réalisé la bouche fermée.

b. Le brossage Vertical

Il est également appelé technique de Léonard, similaire à la méthode précédente mais les mouvements sont réalisés dans le sens vertical, exception faite des faces occlusales.



Figure 8 : La technique de brossage [36]

c. La méthode Circulaire

C'est la technique de Fones, 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 gencive maxillaire 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.

d. La technique de Bass

Encore appelé brossage sulculaire, elle vise essentiellement à soumettre le sillon gingivo-dentaire à l'action de la brosse dentaire. Au niveau des faces vestibulaires des dents, la tête de la brosse à dents 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 au niveau des faces palatines mais la brosse dentaire sera placée verticalement au niveau des faces palatines des dents antérieures et les faces linguales. 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.

e. La technique de Rouleau

Elle 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 », c'est-à-dire de la gencive vers la dent en direction occlusale pour balayer les surfaces gingivo-dentaires avec un mouvement de rotation.

f. La technique vibratoire-rotation de Charters (1948)

Elle a été développée pour augmenter l'efficacité du nettoyage et la stimulation gingivale dans les zones inter-proximales. 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 faces occlusales sont nettoyées en imprimant également un mouvement circulaire d'amplitude limitée à la BD.

g. Les techniques modifiées de Bass/Stillman

Elles 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 des mouvements de rouleau de la BD pour améliorer l'élimination de la plaque.

h. Brossage avec la brosse à dents électrique

C'est un 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 constituée par les modèles avec rotation et oscillation.

1.5.6. Quelques règles à respecter

Un brossage minutieux matin et soir 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 inter-dentaires est aussi recommandée. La brosse à dents doit être changée tous les deux ou trois mois.

Pour une hygiène dentaire optimale le brossage des dents doit être fait avec une brosse à dent à poils médiums et durer deux minutes.

Il est important d'utiliser un fil dentaire ou des brossettes au moins une fois par jour pour éliminer les bactéries entre les dents.

Il est conseillé d'éviter de grignoter en dehors des repas, ou de boire des boissons sucrées afin d'épargner aux dents le contact permanent avec des aliments cariogènes.

Un chewing-gum sans sucre peut être utilisé en attendant le prochain brossage mécanique.

Le brossage du soir avant de se coucher est le plus important pour éliminer la plaque dentaire : la nuit la salive diminue et "l'auto-nettoyage" est inexistant.

Pour atteindre les objectifs de notre étude nous avons adopté la méthodologie suivante :

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre de l'étude

La présente étude s'est déroulée dans les six (6) communes du District de Bamako

Présentation du cadre d'étude

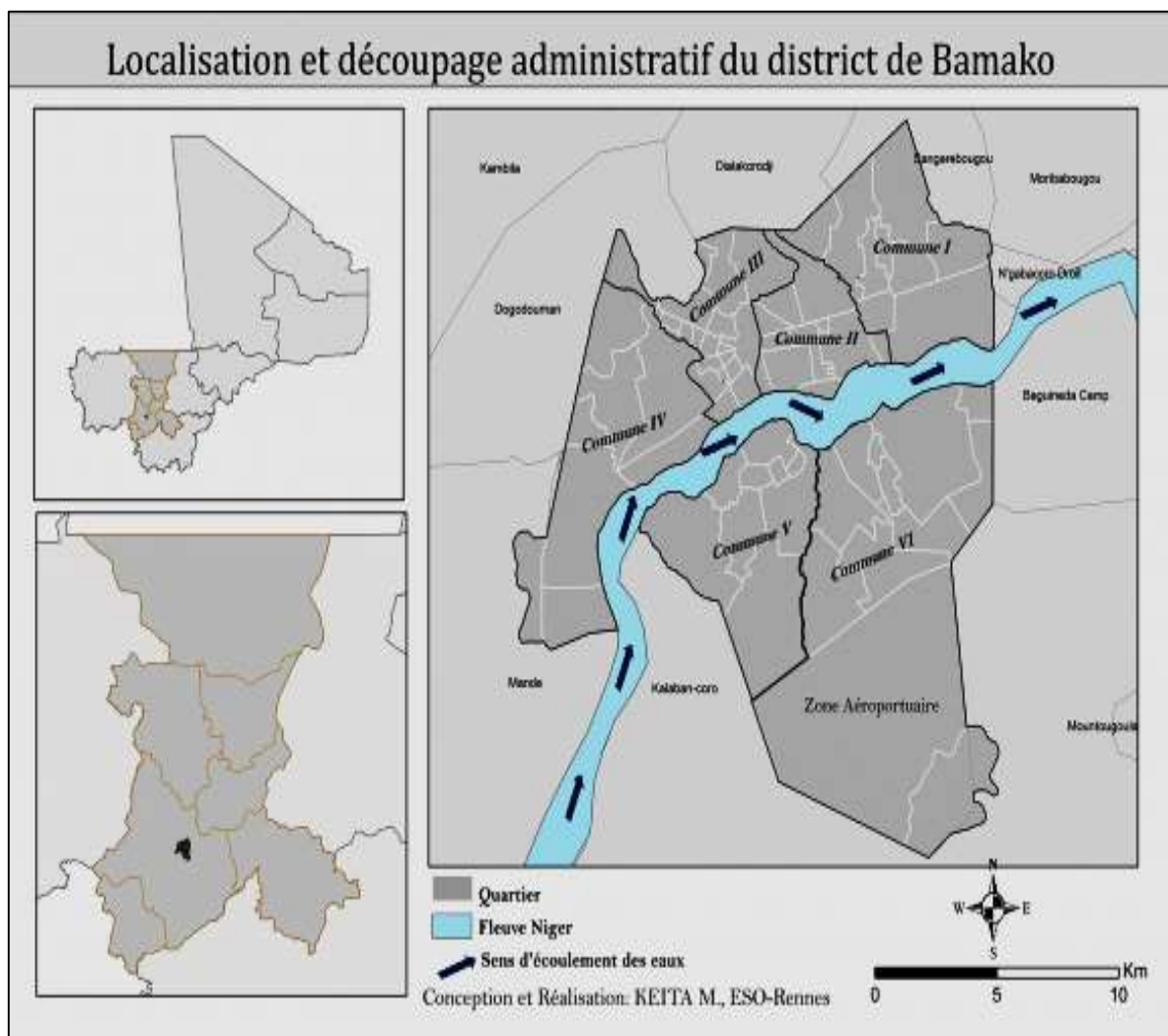


Figure 8 : Carte de Bamako

Source : <https://journals.openedition.org/eps/7707?lang=en>

Bamako est la capitale politique, administrative et la plus grande ville du Mali. C'est le principal centre administratif et commercial du pays. Bamako, du bambara « bàmakõ » (qui signifie « marigot du crocodile »), a été fondé à la fin du XVIe siècle par les Niaré, anciennement appelés Niakaté.

Par une ordonnance du 12 juillet 1977, Bamako devient un district, collectivité décentralisée régie par un statut particulier et composé de six communes. Située sur les rives du fleuve Niger, appelé Djoliba (« le fleuve du sang »), elle s'étend d'Ouest en Est sur 22 km et du nord au sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km². Le District de Bamako a été divisé en six communes par l'ordonnance du 18 août 1978 modifiée par la loi de février 1982.

La Commune I a une superficie de 34,26 km² et elle compte 256 216 habitants. La Commune II, couvre une superficie de 16,81 km² et compte une population de 160 680 habitants. La Commune III, s'étend sur une superficie de 23 km² et a 119 287 habitants. Quant à la Commune IV, avec une superficie de 36768 hectares, elle avait en 2001 une population de plus de 200 000 habitants. La Commune V couvre une superficie de 41 km² et compte 249 727 habitants. La Commune VI, avec une superficie de 8882 hectares est la plus vaste du district de Bamako. Sa population est d'environ 600 000 habitants en 2001[37].

2.2. Type et période d'étude.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive allant de 1^{er} Octobre 2020 au 30 Mars 2021 soit une durée de six (06) mois.

2.3. Population de l'étude

L'étude a concerné les sujets jeunes de tout sexe compris entre la tranche d'âge de 15 à 45 ans de Bamako.

2.4. Critère d'inclusion dans l'étude

Nous avons inclus dans notre étude :

- tout jeune de la tranche d'âge de 15 à 45 résidant dans une des six (6) communes de Bamako et ayant accepté de participer à l'étude.

2.5. Critère de non inclusion dans l'étude

Nous avons pas inclus dans notre étude tout jeune âgé de 15 à 45 ans résident à Bamako n'ayant pas accepté de participer à l'étude et ceux dont les fiches d'enquête a été mal remplie.

2.6. Critère d'exclusion dans l'étude

Nous avons exclu dans cette étude :

- les personnes de moins de 15 ans ou de plus de 45 ans ;
- les personnes non résidant à Bamako.

2.7. Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablie et analysées avec le logiciel SPSS 21.

2.8. Méthode

Le but de l'étude a été expliqué à tous les sujets enquêtés. Les sujets scolarisés ont eux-mêmes remplis la fiche d'enquête.

Pour les sujets non scolarisés nous avons procédé à une interview sémi-directe en traduisant les questions en bambara.

2.9. Variables étudiées

Les variables retenues étaient :

- le sexe ;
- l'âge ;
- la profession ;
- le statut matrimonial ;
- la résidence ;
- le nombre de personnes dans le foyer ;
- les antécédents médicaux;
- les connaissances sur la santé bucco-dentaire
- les attitudes pratiques en matière de SB

– Perception de l'état bucco-dentaire

2.10. Retombées scientifiques

L'étude a permis de déterminer la connaissance de décrire les attitudes pratique et les perceptions des jeunes de 15 à 45 de Bamako en matière de santé bucco-dentaire. Elle va permettre de mettre en œuvre les mesures d'information et de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires.

2.11. Considérations éthiques

Un consentement éclairé verbal a été obtenu après explication aux personnes enquêtées de l'objectif de cette étude. La confidentialité des données a été respectée. Les données ont été recueillies sous anonymat. Les résultats de ce travail n'ont servi qu'à des fins scientifiques.

III. RESULTATS

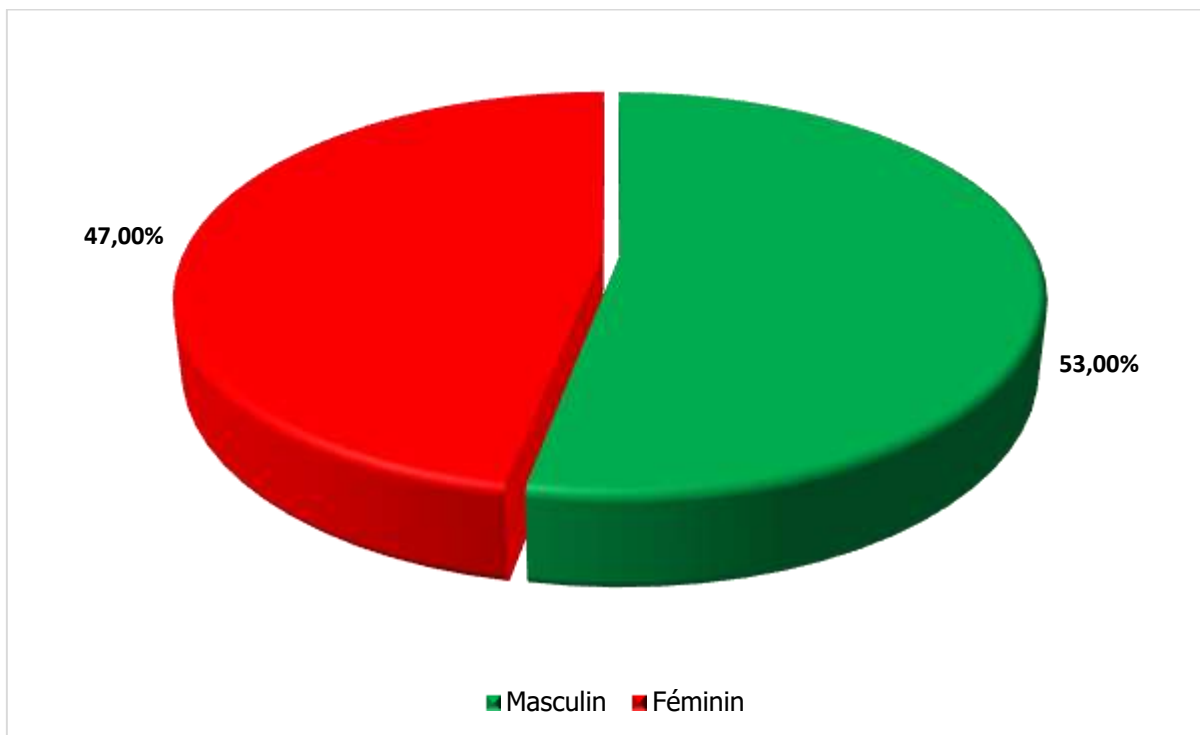


Figure 9: Répartition de l'effectif selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec 53% des cas, avec un ratio de 1,12.

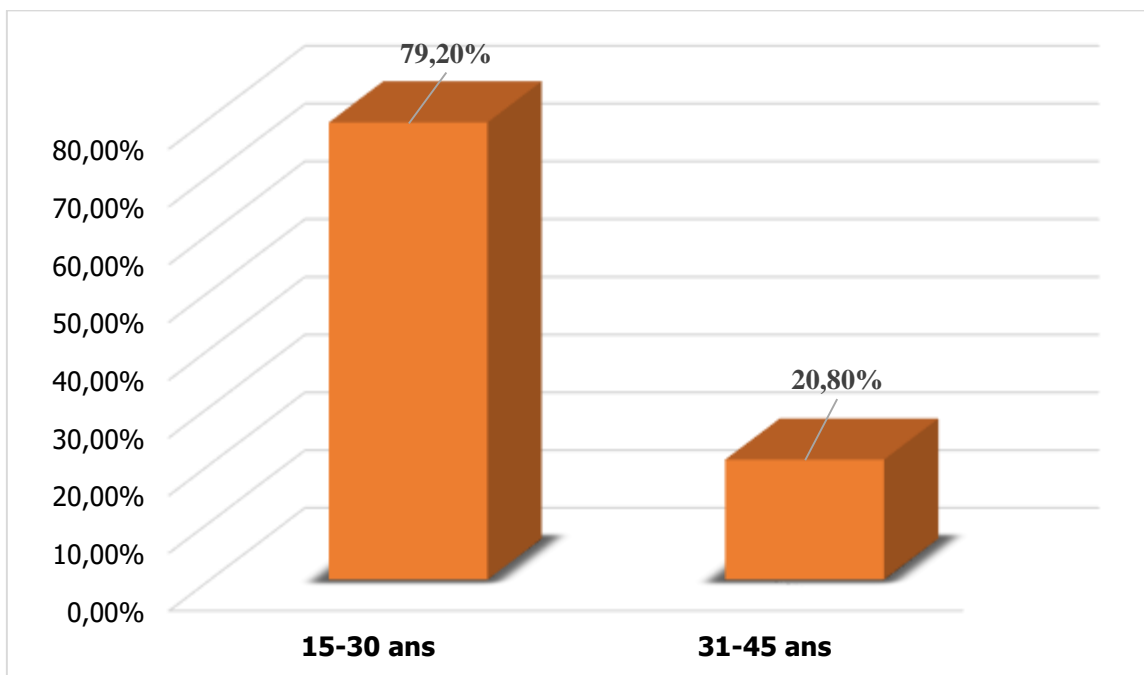


Figure 10: Répartition de l'effectif selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 15 à 30 ans a été le plus représenté soit 79,2%.

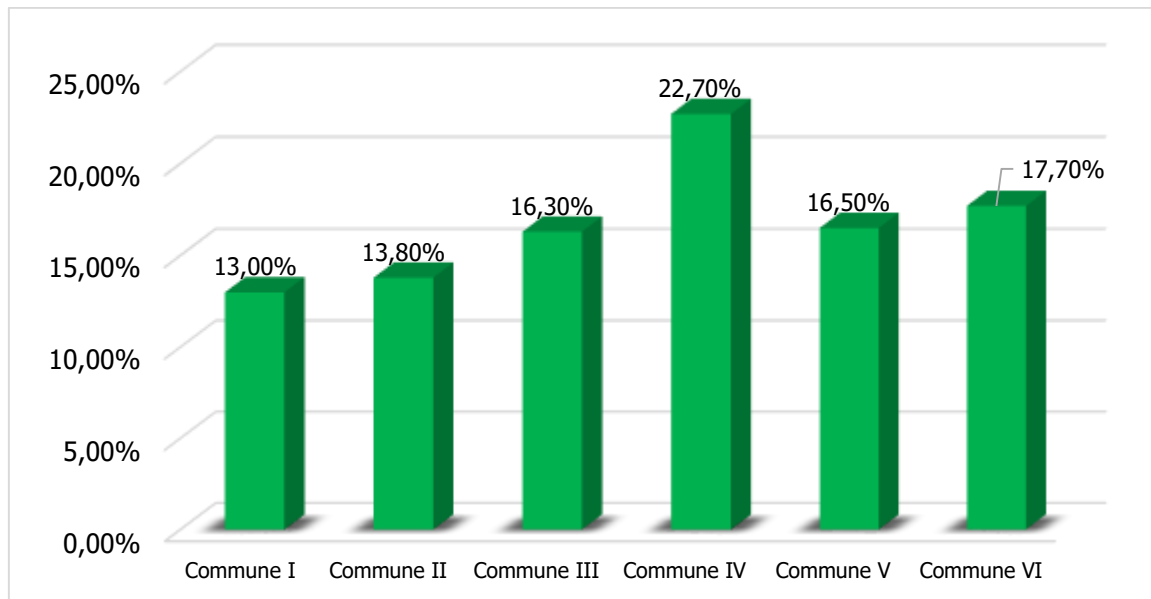


Figure 11: Répartition de l'effectif selon la commune de résidence à Bamako

Les enquêtés résidants dans la commune IV étaient les plus représentés avec 22,8% des cas.

Tableau I: Répartition de l'effectif selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence(%)
Célibataire	243	60,75
Marié(e)	147	36,75
Veuf (ve)	10	2,50
Divorcée	0	0,00
Total	400	100,00

Les célibataires étaient les plus représentés avec 60,75% des sujets.

Tableau II: Répartition de l'effectif selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Elève/étudiant	229	57,25
Ouvrier	33	8,25
Sans emploi	26	6,50
Femme au foyer	20	5,00
Commerçant	33	8,25
Couturier	10	2,50
Autres	49	1,25
Total	400	100,00

Autres : cultivateur (3) ; éleveurs (2) ; aide-ménagères (2) ; restaurateur (1).
Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec 57,25% des cas.

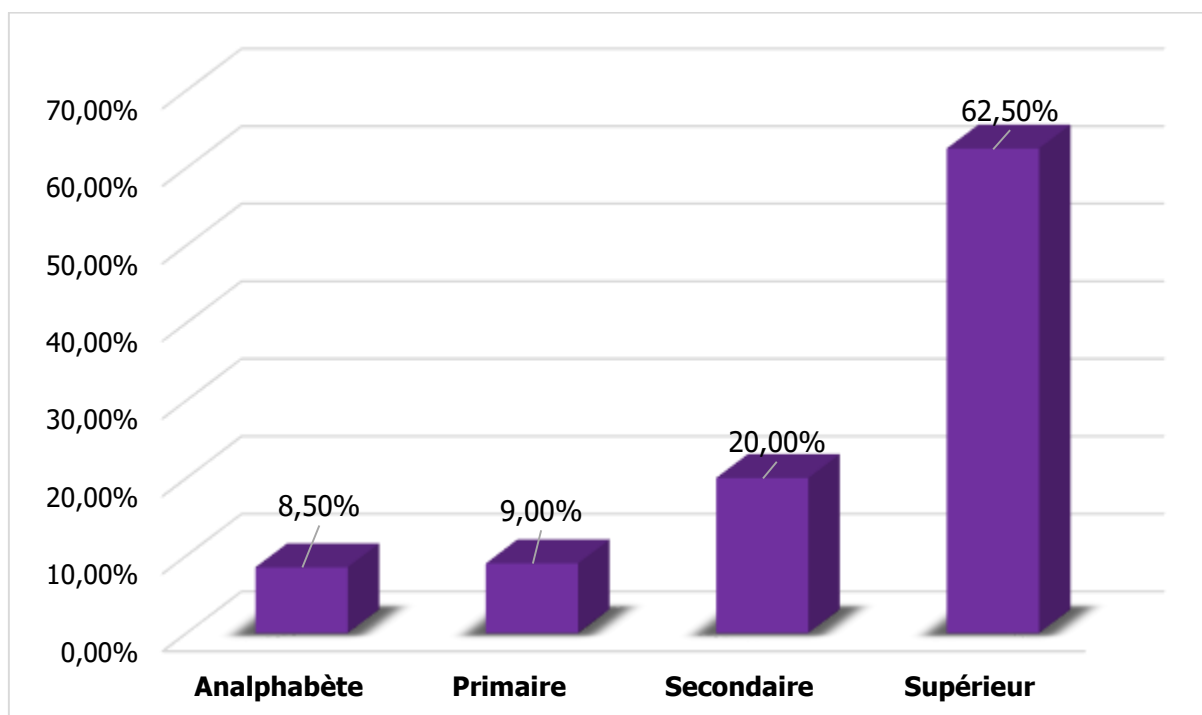


Figure 12: Répartition de l'effectif selon le niveau d'études.

La majorité de nos enquêtés avaient un niveau d'étude supérieur soit 62,50% des cas.

Tableau III: Répartition de l'effectif selon le nombre des adolescents dans la Famille

Nombre d'adolescents dans la famille	Effectif	Fréquence (%)
0–5adolescents	272	68,00
6–10adolescents	92	23,00
11 –20adolescents	19	4,70
21 – 30adolescents	17	4,30
Total	400	100

Deux cent soixante-douze familles avaient un nombre d'adolescents compris entre 0 à 5 soit 68 % des cas

Tableau IV: Répartition de l'effectif selon le nombre d'adultes dans la Famille.

Nombre d'adultes dans la famille	Effectif	Fréquence (%)
0–5 adultes	201	50,25
6–10 adultes	152	38,00
11 –20 adultes	27	6,75
21 – 30 adultes	20	5,00
Total	400	100

Deux cent-une familles avaient un nombre d'adulte compris entre 0 et 5 soit 50,25% des cas.

Tableau IV: Répartition de l'effectif selon le mode de vie

Mode de vie	Effectif	Fréquence (%)
Thé	266	66,50
Café	238	59,50
Tabac	58	14,50
Chicha	46	11,50
Alcool	10	2,50
Drogue	10	2,50

Le tabac +chicha représentaient 26 % et la drogue 2,50 % des cas

Tableau VI : Répartition de l'effectif selon la connaissance des pathologies bucco-dentaires

Pathologie bucco-dentaires	Effectif	Fréquence (%)
Caries dentaires	322	80,50
Mauvaise haleine	192	48,00
Sensibilité dentaire	143	35,80
Mobilité dentaire	123	30,80
Candidose buccale	123	30,80
Aphte	63	15,80
Lésions cervicales non carieuses	51	12,80
Parodontite	49	12,30
Noma	2	0,50
Gingivorragie	1	0,30

NB : Plusieurs pathologies pouvaient être citées par une personne.

La carie dentaire était la pathologie la plus citée par 80,50% suivi de la mauvaise haleine soit 48,00% des cas.

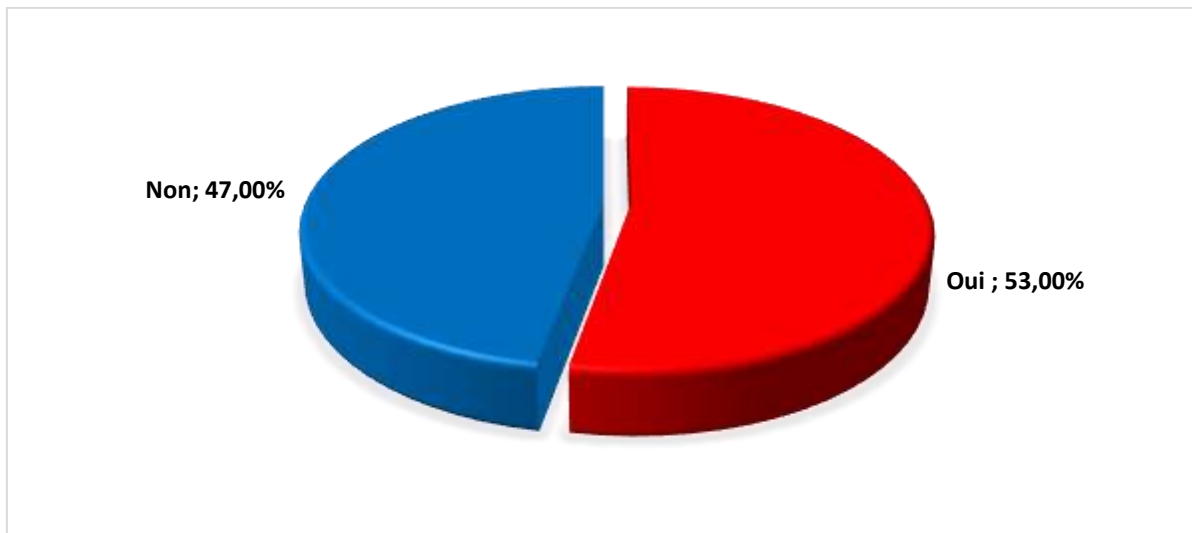


Figure 13 : Répartition de l'effectif selon la connaissance de la prévention des pathologies bucco-dentaires.

Dans notre étude 47% de l'effectif ne savaient pas comment prévenir les pathologies bucco-dentaires.

Tableau VII: Répartition de l'effectif selon le but de brossage des dents

But de brossage des dents	Effectif	Fréquence (%)
Prendre soins de la bouche	277	69,30
Combattre les caries dentaires	275	68,80
Avoir les dents propres	251	62,80
Avoir une bonne haleine	247	61,80
Avoir les belles dents	162	40,50
Combattre les maladies parodontales	160	40,00
Faire plaisir aux parents	53	13,30
Faire plaisir à son mari (à sa femme)	3	0,80
Eviter que les parents ne sentent pas l'odeur de cigarette	1	0,30

NB : Plusieurs buts de brossage pouvaient être cités par une personne.

Les enquêtés disaient se brosser les dents dans le but d'avoir les dents propres dans 62,8%.

Tableau VIII: Répartition de l'effectif selon les causes de l'absence de brossage des dents

Cause de l'absence de brossage des dents	Effectif	Fréquence (%)
Oubli	57	14,25
Manque de temps	33	8,25
Douleur	26	6,50
Pas envie	13	3,25
Maladie	7	1,75
Ne pense pas que c'est utile	6	1,50
N'aime pas le goût des pâtes dentifrices	5	1,25
Gencives saignantes	5	1,25
Paresse	3	0,75
Manque de dentifrice	1	0,25
Blessures lors du brossage	1	0,25
Non préciser	243	60,75
Total	400	100

L'oubli était la principale cause de l'absence de brossage des dents avec 14,25%. Cependant 60,75% des enquêtés ne savaient pas les causes de l'absence de brossage de leur dent.

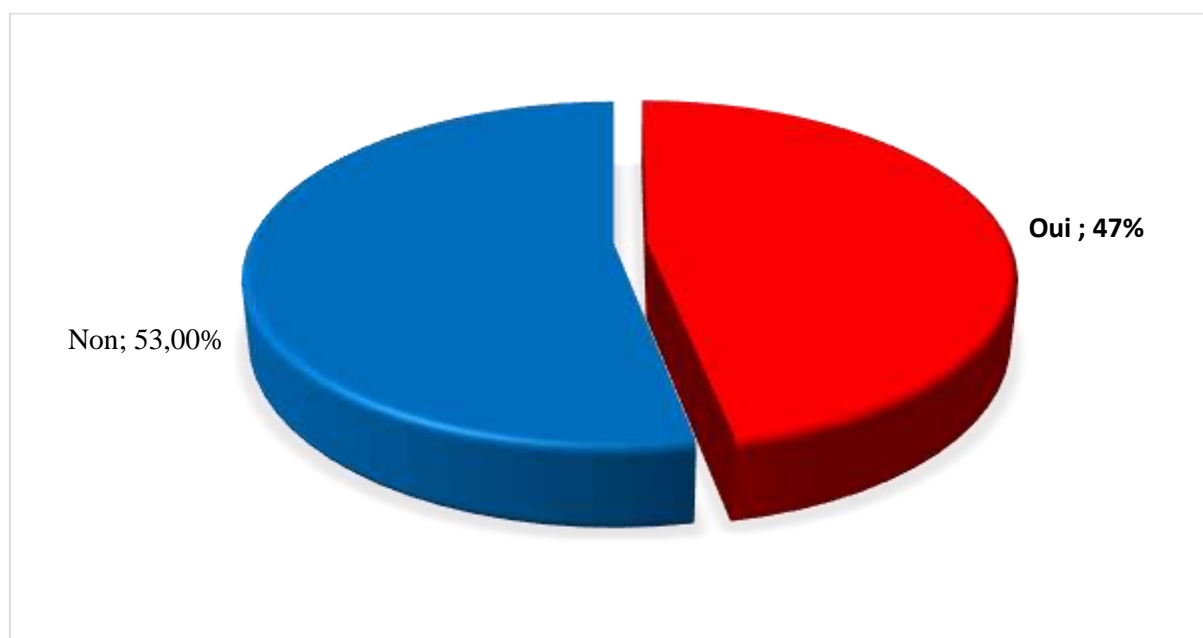


Figure 13: Répartition de l'effectif selon la connaissance des techniques de brossage.

Les enquêtés ne connaissaient pas la technique de brossage dans 53% des cas.

Tableau IX: Répartition de l'effectif selon la connaissance des moyens de brossage

Moyens de brossage	Effectif	Fréquence(%)
Brosse à dents	366	91,50
Bâtonnet frotte dents.	178	44,50
Bain de bouche	27	6,75
Jet d'eau	3	0,75
Fil dentaire	5	1,25
Chewing-gum à sucre	1	0,25
Chewing-gum sans sucre	4	1,00

NB : Plusieurs moyens de brossage pouvaient être cités par une personne.

La brosse à dents était le moyen de brossage le plus connu soit 91,5% des cas.

Tableau VIII: Répartition de l'effectif selon l'initiateur au brossage

Initiateur au brossage	Effectif	Fréquence (%)
Mère / père	283	70,75
Dentiste	27	6,75
Ecole	27	6,75
Frère/sœur	14	3,50
Télévision	2	0,50
J'ai observé ceux qui se brossent	2	0,50
Grand parent	1	0,25
Aucun	44	11,00

Les enquêtés avaient été initiés au brossage des dents par les parents dans 70,8% des cas.

Tableau IX: Répartition de l'effectif selon le type de recours devant une douleur dentaire

Type de recours en cas de douleur dentaire	Effectif	Fréquence
Consulter un dentiste	123	30,75
Recourir à l'automédication avec antalgiques	159	39,75
Brosser plus	49	12,25
Placer un clou de girofle dans la cavité	1	0,25
Consulter un guérisseur traditionnel	3	0,75
Fumigation	1	0,25
Utiliser des bains de bouche	1	0,25
Arrêter le brossage immédiatement	1	0,25
Rien du tout	62	15,50
Total	400	100

En cas de douleur 39,75% de l'effectif ont affirmé prendre des antalgiques.

Tableau X: Répartition de l'effectif en fonction de l'attitude devant une gingivorragie.

Attitude en cas de gingivorragie	Effectif	Fréquence(%)
Je n'ai pas encore eu de saignement gingival	123	30,75
Je me brosse les dents doucement	93	23,25
Je vais chez le dentiste	69	17,25
Je continue le brossage	21	5,25
Je ne sais pas quoi faire	19	4,75
Je rince ma bouche	5	1,25
J'utilise des bains de bouche	3	0,75
Je demande l'avis d'un médecin	1	0,25
J'arrête de me brosser les dents	1	0,25
J'utilise le bâtonnet et le charbon	1	0,25
J'utilise des médicaments traditionnels	1	0,25
Je ne fais rien	63	15,75
Total	400	100

Devant une gingivorragie 17,25% de l'effectif ont affirmé consulter le dentiste.

Tableau XI: Répartition de l'effectif selon la connaissance des facteurs de mauvaise influence sur la santé des dents.

Facteurs de mauvaise influence	Effectif	Fréquence(%)
Bonbon	284	71,00
Gâteau	231	57,75
Tabac et alcool	184	46,00
Drogues	128	32,0
Grignotage	93	23,25
Jus de fruit	86	21,50
Chips	80	20,00
Fromage	66	16,50
Citron	59	14,75
Eau et sirop	59	14,75
Coca-cola	57	14,25
Lait	43	10,75
Eau gazeuse	35	8,75
Chocolat	13	3,25
Croquer les trucs durs	8	2,00
Eau de robinet	3	0,75
Autres	7	1,75

Autres : datte sucrée(1) ; eau glacée (2) ; miel (2) ; pâte d'arachide (2).

Le bonbon était le facteur de mauvaise influence pour 71,00% des sujets. Suivi du gâteau avec 57,80% et du tabac et l'alcool avec 46,00%.

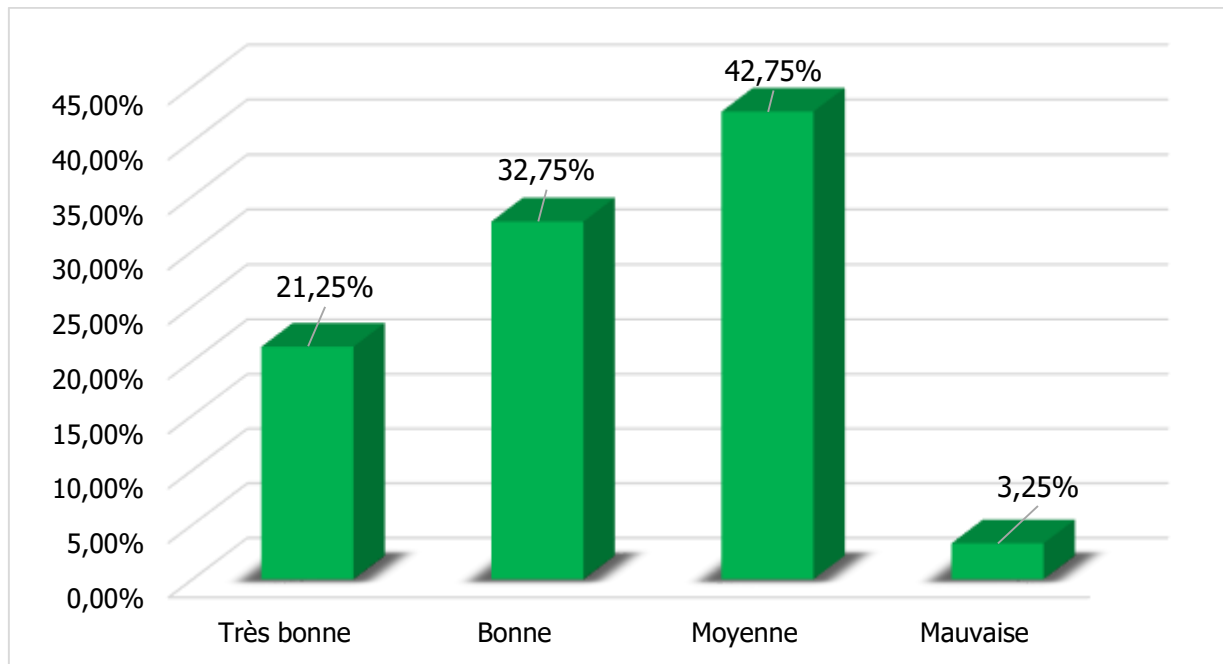


Figure 14: Répartition de l'effectif selon l'auto-appréciation de la santé buccale.

Les enquêtés avaient jugé moyenne leur santé buccale soit 42,75% des sujets.

Legendre :

Très bonne : Pas de carie, ni d'autres affections BD

Bonne : Présence de carie mais pas de douleur

Moyenne : Présence de carie plus des dents absentes

Mauvaise : Présence de carie plus des dents absentes plus ou moins d'autres affections BD.

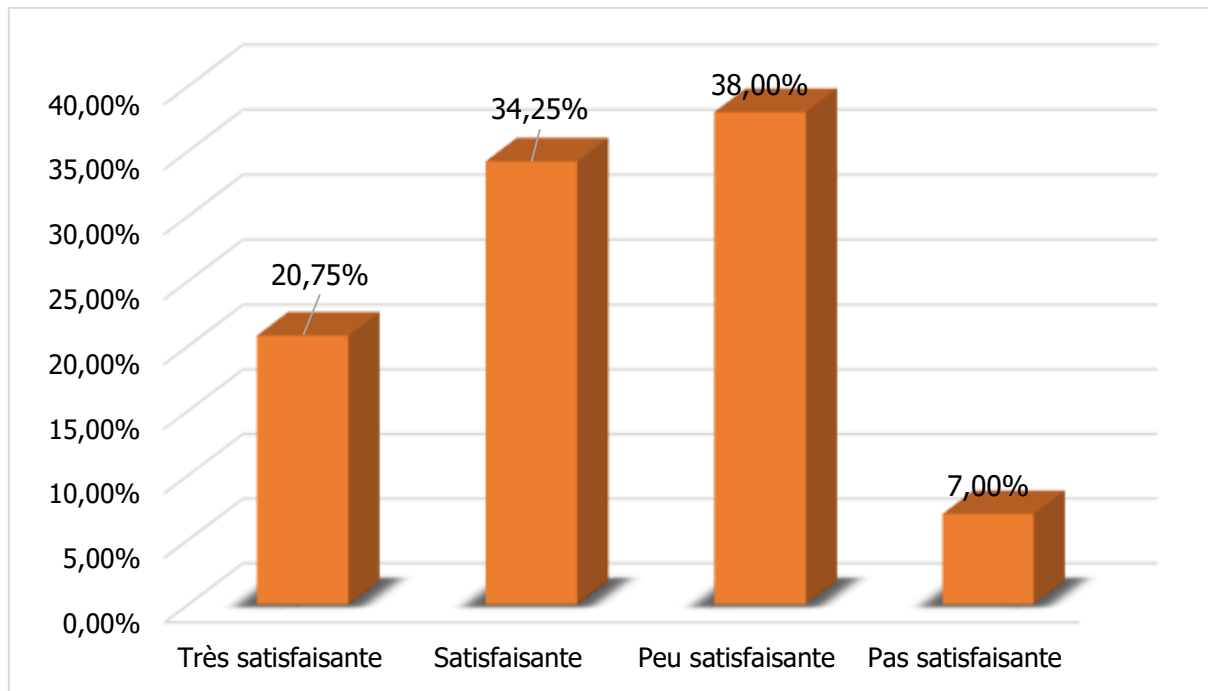


Figure 15: Répartition de l'effectif selon la satisfaction en rapport avec l'apparence des dents

Dans notre étude 38,00% de l'effectif avaient jugé peu satisfaisante l'apparence des dents.

Une légende :

Très satisfaisante : pas de dents manquantes, dents très bien alignés.

Satisfaisante : dents bien alignés, absence de quelques dents.

Peu satisfaisante : dents pas bien alignés, dents manquante présence de diastèmes.

Pas satisfaisante : dents mal alignés, présence de dents surnuméraire.

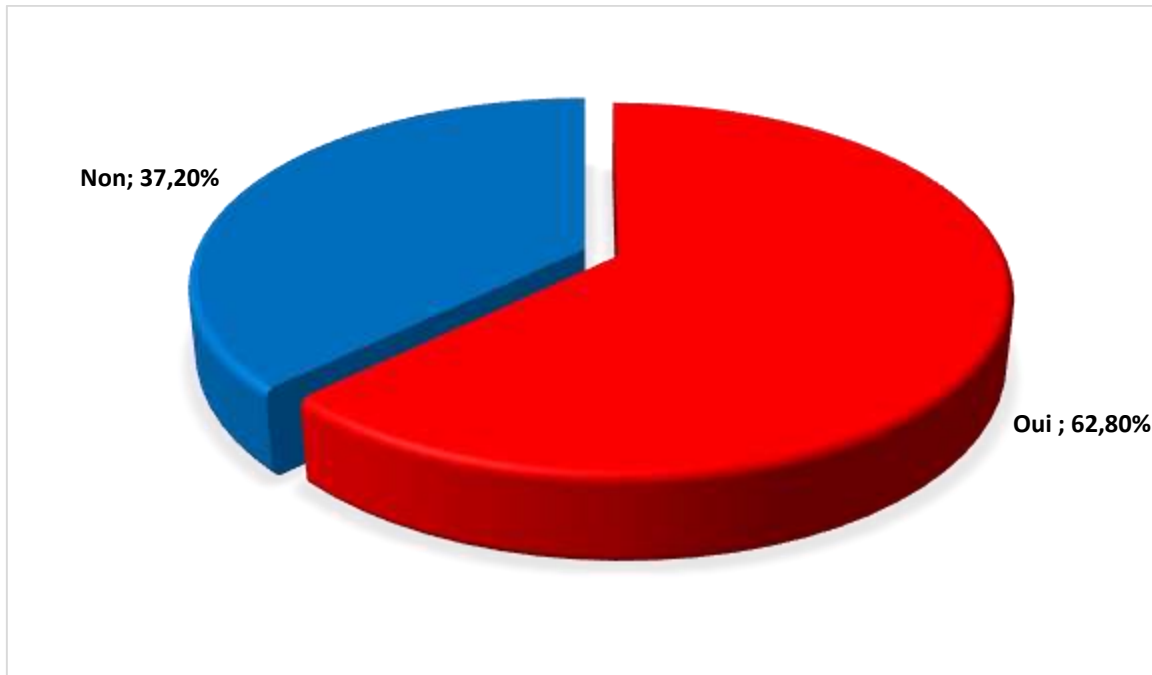


Figure 16: Répartition de l'effectif selon l'antécédent de douleur dentaire.

Dans notre étude 62,80% avaient un antécédent de douleur dentaire.

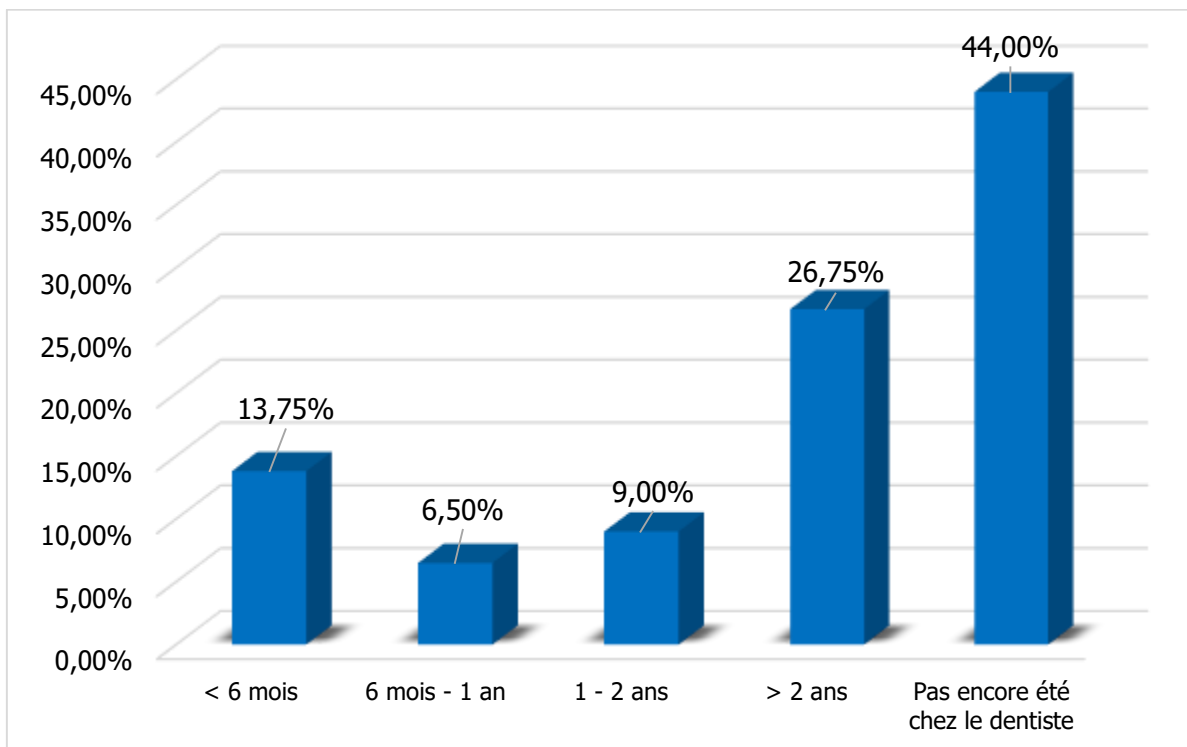


Figure 17: Répartition de l'effectif selon le délai de la dernière visite chez le dentiste.

Nos sujets n'avaient jamais consulté un chirurgien-dentiste dans 44,00% des cas.

Tableau XII: Répartition de l'effectif selon le motif de consultation chez le dentiste

Motifs de consultation du dentiste	Effectif	Fréquence(%)
	N= 256	
Douleur	151	58,9
Quand je pense qu'il y'a un problème	84	32,2
Suivi régulière	20	7,2
Détartrage	1	0,39

La douleur était le motif de consultation chez le dentiste dans 58,9% des cas.

Tableau XIII: Répartition de l'effectif selon les facteurs désagréables chez le dentiste

Facteurs désagréables chez le dentiste	Effectif	Fréquence(%)
Odeurs	65	16,25
Bruit	33	8,25
Devoir garder bouche ouverte	53	13,25
Devoir rester allongé	10	2,50
Avoir un instrument dans la bouche	89	22,25
Prend trop de temps	19	4,75
Peur de la piqûre utilisée pour l'anesthésie	5	1,25
Je n'aime pas utiliser le crachoir	1	0,25
Peur d'avoir mal	1	0,25
Les douleurs au cours du traitement	2	0,50
Aucune idée	16	4,00
Peur de l'extraction dentaire	3	0,75
Le fait d'utiliser les mêmes instruments chez tous les patients	2	0,50

Les enquêtés n'aimaient pas avoir un instrument dans la bouche dans 22,25% des cas.

Tableau XIV: Répartition de l'effectif selon la peur du dentiste

Peur	Effectif	Fréquence (%)
Crainte de la douleur	159	67,37%
Peur de la piqûre	27	11,44%
Stressé par le bruit des instruments	24	10,17%
Mauvaise expérience	17	7,20%
Dentiste m'a déjà fait mal	9	3,81%
Total	236	100,0

La crainte de la douleur était la principale cause de peur dans 67,37 % des cas.

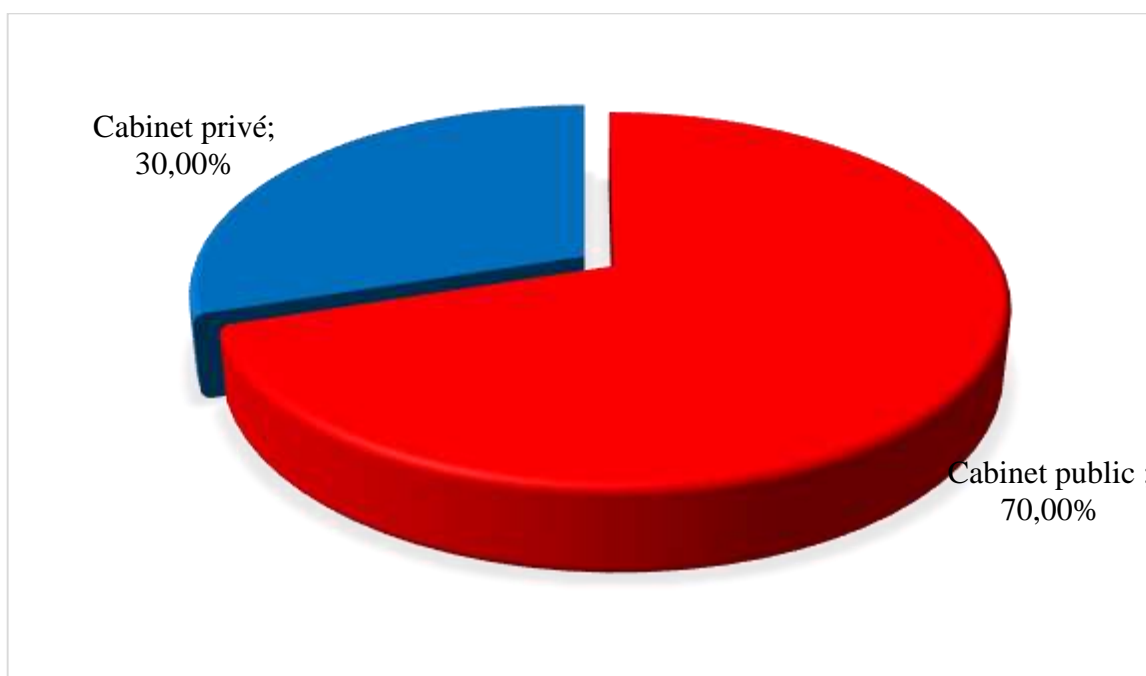


Figure 18: Répartition de l'effectif selon le type de cabinet dentaire fréquenté.

Le cabinet public était consulté dans 70,0% des cas.

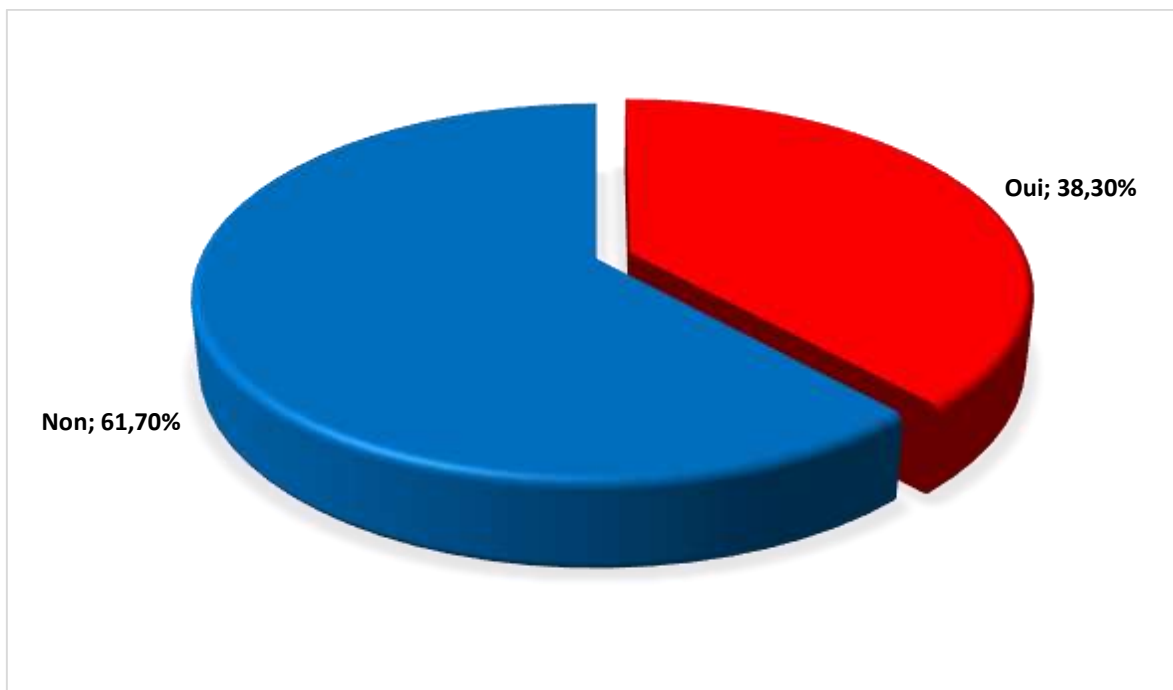


Figure 19: Répartition de l'effectif selon la satisfaction de l'accueil au cabinet

Les enquêtés n'étaient pas satisfait de l'accueil dans 61,70% des cas.

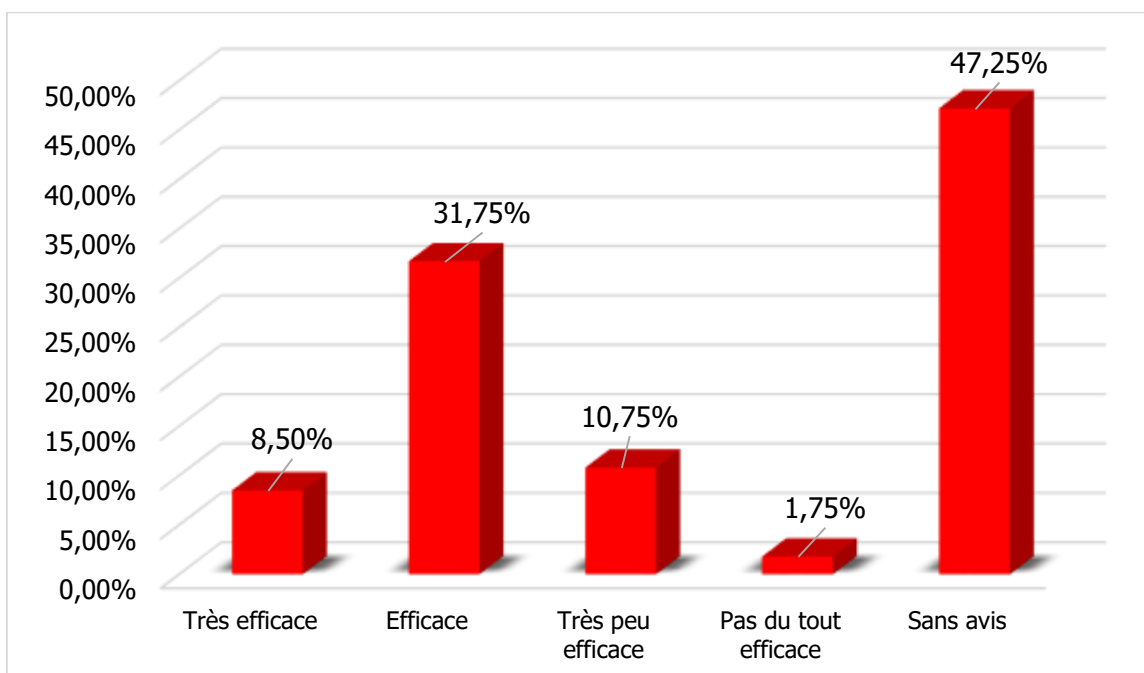


Figure 20: Répartition de l'effectif selon la qualification de la dernière visite chez le dentiste.

Dans notre étude 31,7% de l'effectif trouvaient efficace leur dernière visite chez le dentiste.

Tableau XV: Répartition de l'effectif selon les soins dentaires préférés

Soins dentaires préférés	Effectifs	Fréquence (%)
Soins modernes	311	77,80
Soins traditionnels	80	20,00
Aucun	9	2,20
Total	400	100

Les soins dentaires traditionnels ont représenté 20 % des cas.

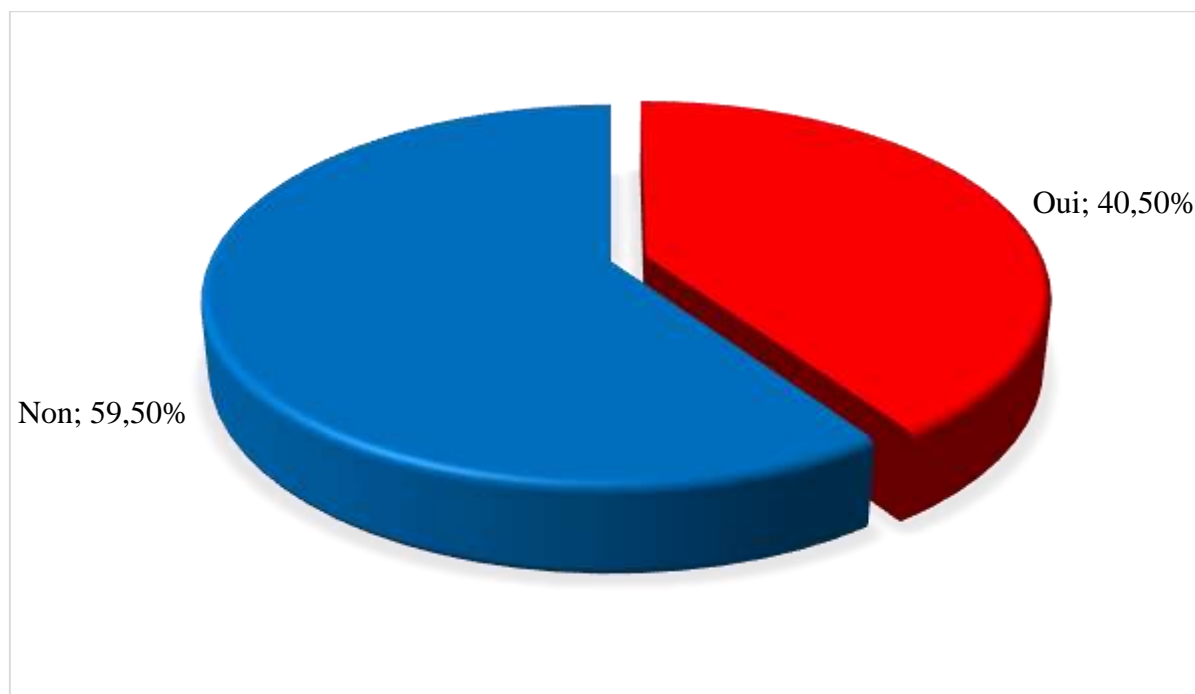


Figure 21: Répartition de l'effectif selon leur accord sur les soins périodique.

Dans notre étude 59,50% ont approuvé les soins périodiques dentaires.

Tableau XVI: Répartition de l'effectif selon la fréquence des soins dentaires.

Périodicité de soins dentaires	Effectif	Fréquence (%)
1 fois/3mois	54	13,5
1 fois/ 6mois	46	11,5
1 fois/ an	30	7,5
1 fois/ 3ans	10	2,5
3fois par mois	1	0,25
2 fois/ mois	1	0,25
Rendez-vous	1	0,25
Seulement quand on a mal	2	0,5
Je ne sais pas	17	4,25

Les sujets préféraient consulter 1fois tous les 6 mois soit 28,40 % des cas

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale au cours de laquelle 400 jeunes ont été colligés à travers les communes du District de Bamako.

4.1. Limites de l'étude

Les moyens de déplacements de l'enquêteur étaient limités pour effectuer une enquête équitable dans tous les quartiers. Le fait de traduire le questionnaire en bambara ou de passer par une tierce personne pourrait entraîner des biais dans l'étude.

4.2. Données sociodémographiques

- **Sexe**

Le sexe masculin était le plus représenté avec un taux de 53% des cas pour un sex-ratio de 1,12. Ce résultat est similaire à celui de Diawara O. et al [4] qui ont trouvé une prédominance masculine de 57,67% des sujets.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus accessibles pour ces genres d'enquête, tandis que les femmes sont souvent très méfiantes.

- **Age**

Les enquêtés étaient âgés de 15 à 45 ans. La tranche d'âge de 15 à 30 ans était la plus représentée avec 79,3%. Ceci pourrait s'expliquer par le choix de notre cible qui était constitué des jeunes adultes entre 15 et 45 ans. La fréquence des enquêtés était élevée en commune IV.

- **Profession**

Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec une fréquence 57,25% des sujets interrogés. La majorité avait un niveau d'étude supérieur avec 62,50% des cas. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la majorité des jeunes sont regroupés dans les milieux scolaires et universitaires donc facile d'accès.

L'école, lieu d'instruction a une place prépondérante dans le développement des nations. C'est un lieu d'apprentissage, de sociabilité et d'échanges pour les

enfants permettant de transmettre le savoir, le savoir-être, le savoir-vivre, le savoir-faire et des attitudes qui façonneront le comportement [38]].

- **Statut matrimonial**

Les célibataires étaient les plus représentés avec 60,75% des sujets cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali de plus en plus les jeunes se marient tardivement.

- **Mode de vie**

Dans notre étude les facteurs néfastes à la santé (tabac +chicha + drogue + alcool) représentaient 31% des cas. Le thé et le café représentaient respectivement 66,50% et 59,50%. Ces facteurs de risques pour la santé buccodentaire sont évitables mais aussi constituent des facteurs de risques de beaucoup de maladies systémiques.

4.3. Connaissances ; attitudes et la perception des jeunes par rapports aux affections bucco-dentaires.

- ✓ **Connaissance par apport aux affections bucco-dentaires.**

La carie dentaire était la pathologie la plus citée par 80,50% des sujets suivie de la mauvaise haleine avec 48,00%. Diawara O. et al [4] dans leur étude ont trouvé une notion de connaissance sur les infections bucco-dentaires dans 98,33% des cas. La source principale d'information était les parents pour 60% des participants suivis des maîtres avec 31% des cas. Dans l'étude de Diawara O. et al [4] 96,67% des élèves disaient que les personnes les plus exposées à une infection buccodentaire sont celles qui ne se brossaient pas correctement les dents.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des personnes interrogées étaient scolarisés. La carie dentaire est la pathologie dentaire facile à reconnaître par les populations dans notre société due au fait qu'elle est plus répandue.

La connaissance de l'étiologie des caries était connue par environ 60% des individus dont (20%) des personnes ne savaient pas quels facteurs étiologiques causent la carie [38].

Les résultats de Dikshit P. et al. en 2017 en Inde montraient que les enseignants préscolaires connaissaient les caries dentaires plus que les maladies parodontales. Dans l'ensemble, les connaissances en Santé buccodentaire des enseignants (n=95) étaient insuffisantes (54,7%) [39].

Dans notre étude les parents étaient impliqués dans l'éducation sur la santé buccodentaire, ils étaient les initiateurs au brossage pour 70,8% des sujets et Dongmo H. J.[40] a trouvé dans son étude 64,7% des cas.

✓ **Connaissance sur les facteurs de mauvaise influence sur les dents**

Le Bonbon était cité par 71% des sujets comme facteur de mauvaise influence sur les dents suivie du gâteau (57,8%) et tabac-alcool dans (46%). Ce résultat est similaire à celui de Dongmo H. J [40] qui a trouvé que 44% de jeunes abusaient des beignets, 43,5% du gâteau et 78,2% des boissons sucrées. Ceci pourrait s'expliquer par le changement de mode de vie chez les adolescents avec un apport excessif glucidique à travers une grande consommation de produits et boissons sucrés.

✓ **Connaissance sur la prévention**

Dans notre étude, 53% des sujets savaient comment prévenir les pathologies bucco-dentaires.

Diawara O et al [40] ont trouvé que 93,33% des jeunes savaient qu'une bonne hygiène bucco-dentaire prévenait les infections buccodentaires.

Une grande proportion d'enfants (87 %) pensait qu'il était nécessaire de se laver les dents au moins deux fois par jour et la plupart d'entre eux pensaient qu'il est nécessaire de se brosser les dents pendant 1 à 3 minutes. La majorité des enfants (56 %) considéraient qu'il est nécessaire d'utiliser du fil dentaire avec une brosse

à dents et un dentifrice par ailleurs 63 % pensaient que le dentifrice contient du fluorure [41].

Le principal agent favorisant des affections bucco-dentaires est la mauvaise hygiène à travers la formation de la plaque dentaire et le dépôt tartrique. Une bonne hygiène bucco-dentaire permettrait donc de prévenir ces affections et/ou de réduire sensiblement leur fréquence au sein de la population.

Le brossage doit se faire verticalement sur les deux faces dentaires à l'intérieur et Enseigner des habitudes d'hygiène bucco-dentaire tôt dans la vie peut grandement contribuer à réduire le fardeau des maladies bucco-dentaires à l'âge adulte.

L'amélioration des connaissances peut influencer les comportements, comme les attitudes des jeunes vis-à-vis de la santé bucco-dentaire.

✓ **Attitude des jeunes par rapport aux affections buccodentaires**

Les enquêtés disaient se brosser les dents dans le but d'avoir les dents propres soit 62,8%.L'oubli était la principale cause de l'absence de brossage des dents avec 14,2%.Dans l'étude de M. Beljan la plupart des enfants (86,32 %) prenaient 3 à 5 repas par jour et 80 % d'entre eux se faisaient examiner les dents par un dentiste l'année précédente [42]. Sur le plan des pratiques, les changements peuvent être la technique appropriée de brossage des dents, le temps consacré au brossage, la fréquence de brossage, l'utilisation de la soie dentaire et le rinçage après les repas.

- **Attitudes pour la prévention**

La pratique est basée sur le brossage des dents avec une pâte dentifrice de préférence fluorée. La brosse à dents était le moyen de nettoyage le plus représenté avec un taux de 91,5% des cas.

Diawara O et al [4], ont trouvé 33,33% des cas qui disaient que l'utilisation des brosses à dents est un moyen de lutte contre les infections buccodentaires.

Dans notre étude 53 % des participants avaient une mauvaise technique de brossage. Dongmo H J [40] et Traoré P [43] ont trouvé une mauvaise technique de brossage dans respectivement 48,6 % et 89,3% des cas. Ceci pourrait être dû à la méconnaissance de la bonne technique de brossage et l'insuffisance de sensibilisation sur la bonne technique de brossage.

Une étude sur la santé buccodentaire qui avait pour but d'évaluer les connaissances, l'attitude et la pratique des enseignants dans le domaine de SBD, rapportait qu'environ 36% des enseignants croyaient que les problèmes dentaires peuvent être évités en brossant et en rinçant la bouche régulièrement, en visitant les dentistes tous les 6 mois et en évitant les aliments sucrés et collants[44].

Selon l'étude de Kompalli Pratap V. et al [45] les 50% des enseignants disaient que le brossage régulier ainsi que le rinçage de la bouche et la visite régulière chez le dentiste aideront à prévenir les soins dentaires. Tandis que 28% des écoliers ont répondu que le brossage régulier empêche les soins dentaires.

✓ Perception des jeunes sur les états de santé bucco-dentaire

La santé buccale était jugée moyenne pour 42,8 % de l'effectif et l'apparence des dents était peu satisfaisante dans 38 % des cas. Ceci pourrait être expliqué par la méconnaissance d'une bonne technique de brossage de dents et aussi la fréquence élevée des facteurs de mauvaise influence sur la santé bucco-dentaire.

En 2013 dans l'étude de Olga Norderyd et al, 10 à 20 % des personnes dans les tranches d'âge de 30 à 40 ans ne se rendaient pas régulièrement ni dans le service dentaire public ni chez un praticien privé. Environ 20 à 30 % des personnes dans les tranches d'âge 20-50 ans se sentaient effrayées, malades ou mal à l'aise à l'idée d'un rendez-vous chez le dentiste [38].

Dans l'étude d'Adeyemi O. O. et al, 21,2 % des participants ont évalué leur état de santé bucco-dentaire comme très bon, 37,1 % comme bon et 27,4 % comme passable. Seulement 26,4 % ont déclaré avoir consulté le Chirurgien-dentiste au moins une fois avant la réalisation de l'enquête. Plus de la moitié de ces visites (54,9 %) étaient à des fins de traitement [46].

DM Areai et al. Ont rapporté qu'une visite chez le dentiste au cours des 12 derniers mois a été signalée par 72 % des participants [47].

Les résultats de l'étude d'Adeyemi O.O. et al. Suggéraient qu'il y a une faible utilisation des services de santé bucco-dentaire chez les Nigériens adultes et que les variables sociodémographiques influencent les habitudes d'utilisation de la santé bucco-dentaire et le comportement d'hygiène bucco-dentaire chez les Nigériens adultes [46].

En Inde, une étude faite à KHAMMAM par Kompalli Pratap V. et al [45] sur l'évaluation de la connaissance, l'attitude et la pratique des écoliers et enseignants d'école à l'hygiène bucco-dentaire montraient que 98% des enseignants déclaraient que la santé bucco-dentaire jouait un rôle important dans la santé générale, alors que 72,28% des écoliers avaient accepté ceci [39].

CONCLUSION

Les problèmes de santé bucco-dentaire sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. L'étude a concerné les sujets jeunes de tout sexe compris entre la tranche d'âge de 15 à 45 ans dont les hommes étaient les plus touchés

Le principal agent favorisant de ces affections bucco-dentaires est la mauvaise hygiène en plus des facteurs de risque contribuent fortement à la détérioration de la santé et de la qualité de vie des jeunes. La connaissance des facteurs étiologiques, les signes cliniques des maladies bucco-dentaires et leurs moyens de prévention est nécessaire pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population. Le renforcement de la promotion et de la prévention des affections buccodentaires avec l'implication de tous les acteurs de la santé peuvent influencer les comportements, comme les attitudes des jeunes vis-à-vis de la santé bucco-dentaire.

RECOMMANDATIONS

Nos résultats montrent l'importance qu'il faut accorder à la prévention des affections buccodentaires ; ainsi les différentes recommandations que nous pouvons adresser à l'endroit des acteurs de la société seront les suivantes :

✓ **Aux jeunes**

- Promouvoir une bonne hygiène alimentaire et buccodentaire
- Consulter chaque six mois les CD dans les établissements qui offrent les prestations de soins préventifs et curatifs
- Arrêter les comportements néfastes à la santé tels que la consommation du chicha, tabac et drogue.

✓ **Aux chirurgiens-dentistes**

- Sensibiliser la population sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Promouvoir la santé bucco-dentaire au cours des consultations
- Multiplier les campagnes de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire.

REFERENCES

- [1] « OMS. Centre des médias : Santé buccodentaire, Aide -mémoire N°318, Avril 2012. Disponible : URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/> consulté le 17/03/2021. »
- [2] « Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003. (En ligne). (consulté le 18/03/2021). Disponible à partir de : URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2_fre.pdf. Consulté le 17/03/2020. »
- [3] « Sanogo Y T. Etat de santé bucco-dentaire des élèves de 6 à 12 ans dans les écoles publiques de Mancourani à Sikasso : 521cas.These de médecine FMOS Bamako 2015 ; 111p. »
- [4] « Diawara O, Ba B, Niang A, Kouyate M, Nimaga A , Ba M et al. Les infections buccodentaires des élèves des écoles coraniques de Koutiala : Connaissances, Attitudes et Pratiques. Rev Mali Infect Microbiol 2018, 1059 (1) : 48-51. »
- [5] « Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Fluorures et santé bucco-dentaire. Rapport d'un comité d'experts sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation des fluorures. Genève : OMS 1994. »
- [6] « Tristan A.N.S. Connaissances, attitudes et pratiques des nouveaux patients sur la pathologie carieuse a l'hôpital protestant de Ngaoundere et nécessité d'instaurer un système éducationnel en cabinet dentaire. Odontostomatologie, Université de YAOUNDE I, July, 2015. »
- [7] « Gambhir RS, Sohi RK, Nanda T, Sawhney GS, Setia S. Impact of school based oral health education programmes in India: a systematic review. J Clin Diagn Res. 2013;7(12):3107-10. »
- [8] « Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Singh H, Kabbarah A, Singhal S. Résumé de preuves pertinentes : Impact de la sensibilisation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire sur le comportement des enfants. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017. »
- [9] « Haque SE, Rahman M, Itsuko K, Mutahara M, Kayako S, Tsutsumi A, et al. Effect of a school-based oral health education in preventing untreated dental caries and increasing knowledge, attitude, and practices among adolescents in Bangladesh. BMC Oral Health. 2016;16(44) Disponible à : <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-016-0202-3> ».
- [10] « http://www.economie.grandlyon.com/fileadmin/user_upload/fichiers/site_eco/20090602_onlylyon_campagne_dp_fr.pdf ».

- [11] « wikipédia l'encyclopédie libre. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tonsillepalatie> du 27/9/14. Consulté le 19/06/2021. »
- [12] « <http://www.informationhospitaliere.com/anatomie-581-muscles-langue-fig-459-463-473-474.html>. Consulté le 19/06/2021. »
- [13] « anatomie de la langue humaine pdf – Recherche Google ». <https://www.google.com/search?q=anatomie+de+la+langue+humaine+pdf&sxsrf=APq-WBvFJ-8BAWG1C7h->
- [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>. Consulté le 12/05/2015 ».
- [16] « 15. Lezy J.P, Princ G. Abrégés de Pathologie maxillo-faciale et stomatologique, 3ème édition Masson 2004. »
- [17] « 9. Jarl V., Derrin G. Examen clinique de l'édenté partiel et indications thérapeutiques générales. Encycl Méd Chir (Edition scientifique et Médicale Elsevier SAS, Paris) 2002 : 23-265-A-10. »
- [18] « 11. [http //univ.eucyeducation.com](http://univ.eucyeducation.com) Cours de prothèse dentaire : Généralité sur la prothèse Consulté le 30/11/13 ».
- [19] « 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. »
- [20] « Charlandr, Voyer, Cudzinowskil, Salvailp, Abelardol. La carie dentaire. Étiopathogénie, épidémiologie, diagnostic et traitements : encore beaucoup à découvrir. Journal dentaire du Québec 2001: 38;409-19. »
- [21] « Keyes PH. Recent advances in dental caries research. Bacteriology. Bacteriological findings and biological implications. Int Dent J 1962; 12:443-64. »
- [22] « www.passeportsante.net(accueil) maladies buccodentaires Site consulté le 19/06/2021. »
- [23] « Newbrun Reisne et Douglasreisnes, Douglas Jm. Psychosocial and behavioural issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 1998;261 Suppl:32-44. »
- [24] « Diedhiou I. Evaluation de la santé buccodentaire et du niveau de connaissance des parents et enseignants des enfants sénégalais fréquentant des écoles franco-arabes de la région de Dakar. Thèse Chirurgie Dentaire, Dakar 2004. »
- [25] « <http://www.santepublique.fr/gingivite.php>. Site consulté le 19/06/2021. »
- [26] « <https://fr.wikipedia.org/wiki/Gingivite>. Site consulté le 19/06/5/2021. »
- [27] « <http://www.sfparo.org/espace-grand-public/informations-patients/55-parodontite.html>. Site consulté le 19/06/2021. »
- [28] « www.eid-paris.com/parodontologie/parodontologie-1.htm. Site consulté le 19/06/2021. »

- [29] « http://www.dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/pathologies_muqueuse_buccale.php. Site consulté le 19/06/2021. »
- [30] A. Katerine, « Apathes », *Santé sur le Net, l'information médicale au cœur de votre santé*. <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/dermatologie/aphtes/> (consulté le 16 février 2022).
- [31] « candidose buccal – Recherche Google ». https://www.google.com/search?q=candidose+buccal&sxsrf=APq-WBt1H0VsvV4IZG7sbTuDuphoH3_Clw:1645026865113&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjMpsPPyoT2AhVsyoUKHfsiCdAQ_AUoAXoECAIQAw&biw=1920&bih=880&dpr=1#imgrc=hKt5zqR9UoYKnM&imgdii=4h9UCzKZJIKhDM (consulté le 16 février 2022).
- [32] « epulis dentaire – Recherche Google ». https://www.google.com/search?q=epulis+dentaire&sxsrf=APq-WBu7jPHo_Kzguyxrsy-mh7eVWeSSGw:1645028072173&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwi-tIyPz4T2AhVQzoUKHQycB-gQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1920&bih=880&dpr=1#imgrc=JzLJ5RC8M8zMpM (consulté le 16 février 2022).
- [33] « UFSBD. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé Contribution de l'UFSBD - Stratégie Nationale de Santé Avril 2014. »
- [34] « Réseau national de prévention des infections associées aux soins. Soins d'hygiène bucco-dentaire Mai 2013. »
- [35] « http://www.sop.asso.fr/admin/documents/ros/ROS0000301/Rev_Odont_Stomat_2011_40_p239-260.pdf. Site consulté le 19/06/2021. »
- [36] T. Franklin, « Etat bucco-dentaire des enfants déficients visuels pensionnaires de l'institut national des aveugles du Mali (INAM). », *Thèse Méd Bamako*, n° 04, p. 111, 2021.
- [37] « <https://journals.openedition.org/eps/7707?lang=en> ».
- [38] « 3. Rôle de l'école/PRO J : Tu es ici : Pro-J » Le Pro-J! » La culture c'est TOI » Culture et société » Le rôle de l'école. Disponible à partir de : URL : <http://proj.siep.be/le-pro-j/la-culture-cest-toi/culture-et-societe/le-role-de-lecole/> consulté le 02/04/19 ».

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : TOURE

Prénom : Fatoumata M

Adresse téléphonique : +223 76 86 12 25

Adresse email : fmttoure@gmail.com

Année universitaire : 2021 - 2022

Pays d'origine : MALI

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Titre : Santé bucco-dentaire chez les jeunes de 15 à 45 ans de Bamako : connaissances, pratiques, perceptions.

Secteur d'intérêt : Chirurgie dentaire, Santé publique.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive allant de 1^{er} Octobre 2020 au 30 Mars 2021 soit une durée de six (06) mois. Elle a concerné les sujets jeunes de tout sexe compris entre la tranche d'âge de 15 à 45 ans de Bamako.

Dans notre étude le sexe masculin était le plus dominant avec 53% des cas, avec un ratio de 1,12. La majorité des sujets enquêtes était compris entre 15 à 30 ans a soit 79,2%. Ils étaient célibataires dans 60,75% des cas et élèves/étudiants dans 57,25% des cas.

La majorité de nos enquêtés avaient un niveau d'étude supérieur soit 62,50% des cas. La majorité consommait le tabac plus chicha dans 26 % et la drogue dans 2,50 % des cas La carie dentaire était la pathologie la plus citée par 80,50% suivi de la mauvaise haleine soit 48,00% des cas et 47% ne savaient pas comment prévenir les pathologies bucco-dentaires. Les enquêtés ne connaissaient pas la bonne technique de brossage dans 53% des cas

Le bonbon a été évoqué comme le facteur de mauvaise influence sur la santé des dents chez 71,00% des sujets. Suivi du gâteau avec 57,80% et du tabac et l'alcool avec 46,00%.

Nos sujets n'avaient jamais consulté un chirurgien-dentiste dans 44,00% des cas et la douleur était le motif de consultation évoqué par 37,7% des cas. Ils n'étaient pas satisfaits de l'accueil chez le dentiste dans 61,70% des cas. Une préférence de soins dentaires traditionnels avait noté dans 20 % des cas.

Mots clés : Chirurgie dentaire, Hygiène buccodentaire, Mali

FICHE D'ENQUETE

I- N° de la fiche :

Date:

Lieu de recrutement :

II- Caractéristiques sociodémographiques

Q1 - Sexe : 1 = Masculin 2 = Féminin

Q2 - Age (ans) : 1= (15-30) / 2 = (31-45)

Q3 - Situation matrimoniale : 1= Célibataire ; 2= Marié

3 = Autre à préciser.....

Q4 - Profession :

1= Ménagère ; 2=Commerçant (e) ; 3= Fonctionnaire ; 4= cultivateur ;

5= Etudiant (e) ; 6= Autre à préciser.

Q5 - Niveau d'étude :

1= Analphabète :

2= Primaire

3= Secondaire

4= Supérieur

Q6 - Nombre de personnes dans le foyer

Adolescents : 1= (0-5) 2= (6-10)

Adultes : 1= (0-5) 2= (6-10)

Q7 – Mode de vie

Cigarettes: 1= oui 2= non

Alcool: 1= oui 2= non

Tabac : 1= oui 2= non

Thé : 1= oui 2= non

Café : 1= oui 2= non

Chicha 1= oui 2= non

Autre à précisé :

III Santé bucco-dentaire

Q8 - Connaissez-vous les pathologies bucco-dentaires

1=oui ; 2= Non

Si oui préciser

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------|
| 1- Plaque dentaire bactérien : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 2- Gingivite : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 3- Parodontie : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 4- Carie | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 5- Lésions cervicales non carieuses : | | 1= Oui/ 2= Non |
| 6- Mobilité dentaire : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 7- Mauvaise haleine (halitose) : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 8- Sensibilité dentaire : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 9- Aphte : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 10- Candidose buccale : | <input type="checkbox"/> | 1= Oui/ 2= Non |
| 11- Autre à préciser | | |

Q9- Saviez-vous comment prévenir les pathologies bucco-dentaires :

1= Oui / 2= Non

Q10- Vous vous lavez les dents pour:

1= Avoir les dents propres ; 4= Prendre soin de votre bouche ;

2= Avoir de belles dents ; 5= Combattre les maladies parodontales ;

3= Combattre les caries ; 6= Avoir bonne haleine ; 7= Faire plaisir aux parents ; 8= Autre à préciser :.....

Q11 - Vous ne vous brossez pas les dents car:

1= Pas envie ; 2= Ne pense pas que c'est utile ; 3= Oubli

4= Manque de temps ; 5= N'aime pas le goût ; 6= Douleur

7= Gencives saignent. ; 8= Autre à préciser :

Q12 - Connaissez-vous les techniques de brossage :

1= Oui / 2= Non

Q13 - Quel moyen de brossage utilisez-vous :

1= Brosse à dents ; 2= Bâtonnet ; 3= Bain de bouche ; 4= Jet d'eau ;

5= Fil dentaire ; 6= Chewing-gum avec sucre ; 7= Chewing-gum sans sucre ;

8= Autre à préciser :

Q14 - Qui vous a appris à vous brosser les dents?

1= Dentiste ; 2= Médecin ; 3= Ecole ; 4= Mère/père ; 5= Frère/sœur ;

6= Personne ; 7= Autre à préciser :.....

Q16 - Que faites-vous quand vous avez mal aux dents?

1= Je prends rendez-vous chez le dentiste immédiatement,

2= Je prends des médicaments contre la douleur ;

3= Je brosse plus pour que ça passe ;

4= Autre à préciser :

Q16 - Que faites-vous quand vos gencives saignent?

1= Rien ; 2= je continue ; 3= c'est habituel ; 4= Brosse + ; 5= Brosse - ;

6= Brosse + doucement ; 7= Je vais chez le dentiste ; 8= Je ne sais pas quoi faire ; 9= Autre à préciser :

Q17 - Parmi ces causes, cocher celles qui d'après vous ont une mauvaise influence sur les dents:

1= Chips ; 2= Gâteaux, 3= Bonbons ; 4= Fromage ; 5= Citron ; 6= Jus de fruit
7= Coca ; 8= Lait ; 9= Eau + Sirop ; 10= Eau du robinet ; 11= Eau gazeuse ;
12= Fumer boire de l'alcool ; 13= Consommer des drogues ; 14= Manger en dehors des repas ; 15= Autre à préciser :

IV - La perception des jeunes face à la santé bucco-dentaire.

Q18 - Vous trouvez votre santé buccale :

1= Très bonne ; 2= Bonne ; 3= Moyenne ; 4= Mauvaise ;

5= Autre à préciser :

Q19 - Vous trouvez l'apparence de vos dents :

1= Très satisfaisante ; 2= Bonne ; 3= Moyenne ; 4= Pas satisfaisante ;

5= Autre à préciser :

Q20 - Avez-vous déjà eu mal aux dents/gencive ?

1= Oui / 2= non

Q21 - Dernière visite chez le dentiste:

1= < 6 mois ; 2= < 1 an ; 3= 1 à 2 ans ; 4= > 2 ans.

Q22 - Quand allez-vous chez le dentiste?

1= Quand vous avez mal ; 2= Quand vous pensez qu'il y a un problème ;

3= Vous êtes suivi régulièrement.

Q23 - Quel est selon vous le plus désagréable chez le dentiste?

1= Les odeurs ; 2= Les bruits ; 3= Devoir garder la bouche ouverte ;

4= Devoir rester allongé ; 5= Avoir des instruments dans la bouche ;

6=Je m'ennuie ; 7= Ça prend trop de temps les soins ;

8= Autre à préciser :

Q24 - Avez-vous peur des dentistes

1= Oui / 2= Non ;

Si oui pourquoi :

1= Mauvaise expérience du dentiste ?

2= Crainte de la douleur pendant le traitement ?

3= Peur de la piqûre ?

4= Stressé par le bruit des instruments ?

5=À cause des rumeurs ?

6= Mon dentiste m'a déjà fait mal ?

7= Je n'aime pas mon dentiste ?

8= Autre à préciser :

Q25 - Quel type de cabinet dentaire fréquentez-vous :

1= Public ;

2= Privé ;

3= Aucun ;

4= Autre à préciser :.....

Q26 - Êtes-vous satisfait de l'accueil dans les cabinets dentaires publics :

1= Oui 2= Non

Q27 - Que pensez-vous de l'efficacité des soins chez les dentistes :

1= Pas du tout efficaces ; 2= Très peu efficaces ; 3= Efficaces ;

4= Très efficaces ; 5= Sans avis.

Q28 - Quels soins dentaires préférez-vous :

1= Moderne ; 2= Traditionnel ; 3= Aucun.

Q29 - Approuvez-vous les soins bucco-dentaires périodiques :

1= Oui / 2= Non :

Si oui pendant combien de temps à préciser :

1= Une fois chaque 3 mois ; 2= Une fois chaque 6 mois ;

3= Une fois chaque année ; 4= Une fois chaque 3 ans ;

5= Autre à préciser :.....

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.

Admise 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 partie politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 !!!