

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako**  
*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

**FMOS**

Année universitaire 2020 -2021

**THESE**

Thèse N° :..... /

**L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN  
CONSULTATION PRENATALE AU CENTRE DE SANTE CHERIFLA DE  
BANCONI DIANGUINEBOUGOU DE BAMAKO**

Présenté et soutenu publiquement le.../.../2022 devant le jury de la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Brahima CISSE**

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

**JURY**

**Président :** Pr. DIAWARA Ousseynou

**Membre :** Dr. Mamadou DIALLO

**Co-Directeur :** Dr. DIALLO Baba

**Directeur :** Pr. BA Boubacar

## **DEDICACES**

✓ ***Je rends grâce à L'ETERNEL mon DIEU ;***

*Seigneur, de tout mon cœur, je Te rends grâce pour les merveilles que Tu accomplisses et que tu ne cesses d'accomplir chaque jour dans ma vie et celle de mes semblables. Merci pour le souffle de vie sans cesse ravivé. Pardonne-moi mes manquements. Fais de moi la personne que Tu désires que je sois.*

*Puisses-Tu guider mes pas tout au long de cette carrière qui débute afin que je ne cesse d'honorer Ton Saint Nom.*

✓ ***Je dédie ce travail à ma mère Assétou YATTARA.***

*Le temps est venu ma mère de te témoigner mon immense amour et ma profonde gratitude pour tous les sacrifices consentis.*

*Je remercie le bon Dieu qui t'a montré ce jour au quel tu tenais tant. Plus qu'une mère, tu as été une grande amie pour moi.*

*Tu as voulu le meilleur pour tes enfants ainsi que ceux des autres au même pied d'égalité ; je ne trouverais jamais des mots pour te remercier.*

*Tes sacrifices ne seront jamais vains. Ton honnêteté, ton amour et les efforts que tu as faits pour la réussite de notre famille nous servons d'exemple. C'est pour ces raisons multiples que je te dédie ce travail.*

*Je prie Dieu afin que tu puisses pendant longtemps jouir du fruit de tes efforts.*

## REMERCIEMENTS

*Mes remerciements s'adressent :*

- ✓ *A mon ainé et grand frère **Dr salifou KODIO** : je te remercie pour ta disponibilité et tes conseils qui m'ont été précieux. les mots me manquent pour te qualifier .Un grand merci à toi , qu'Allah t'accompagne durant toute ta carrière professionnelle.*
- ✓ *A **Dr Drissa DIARRA** : je vous remercie au fond de mon cœur pour votre encouragement et vos conseils. Je vous souhaite tout le bonheur. Qu'Allah vous accompagne au cours de votre spécialisation en Chine.*
- ✓ *A **Sokona DIALLO** : celle qui s'occupe de l'entretien du cabinet un grand merci pour votre courage, veuillez recevoir toute notre gratitude.*

*Un grand merci à tout le personnel du Centre de Santé Chérifla de Banconi et mes sincères remerciements au service de consultation prénatale .Merci pour votre disponibilité et votre présence au cours de notre enquête. Recevez ce travail en témoignage de ma gratitude. Que Dieu vous bénisse !!!*

- ✓ *A tout le personnel du Cabinet dentaire Matou : mes sincères remerciements au **Dr Mamadou BA** et **Dr Ouleymatou SANGARE**, à **Ibrahim Coulibaly** et **Sokona Traore** vous avez été là pour moi. Merci pour votre disponibilité et votre présence dans ma vie ; recevez ce travail en témoignage de ma gratitude. Que DIEU vous bénisse.*
- ✓ *A mes très chers ainés **Dr. Tidiani KEITA** et **Dr. Ibrahim FALL** : un grand merci pour vos conseils et encouragements et votre disponibilité.*

*Que Dieu renouvelle votre souffle de vie et vous accorde santé et tranquillité d'esprit.*

*Des remerciements particuliers doivent être adressés au **Dr. Youssouf SAMAKE** pour sa simplicité, son esprit de partage et son accompagnement durant tout ce travail. Ainsi qu'au professeur **Boubacar BA** qui a été la «*

*cheville ouvrière » de ce travail, pour sa disponibilité et son sens élevé d'humanisme.*

*La 7<sup>ème</sup> promotion du numérus clausus filière odontostomatologie : **promotion Mme TRAORE***

- ✓ *Mon père : feu Aly CISSE et ma mère Assétou yattara je tiens à vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous avez toujours été là en cas de besoin, vos conseils, et vos éducations m'ont mis sur le chemin de la réussite. Mon oncle feu Chidi abdoulaye, vous avez été très tôt arraché à notre affection ! Merci d'avoir fait de nous des hommes croyants et solides. Qu'Allah vous accordez la paix éternelle et vous accueille dans son paradis.*
- ✓ *A tous mes grands frères : c'est avec le cœur plein de joie que je tiens à vous remercier. Vous avez toujours été là pour nous non seulement en tant que frères mais vous avez comblé le vide qui a été créé suite au décès de notre père et merci pour vos soutiens moraux et financiers.*
- ✓ *A Mes Oncles et Tantes, Cousins et Cousines ;*

*Merci pour votre disponibilité et votre présence pendant ces années, recevez ce travail en témoignage de ma gratitude. Que Dieu vous bénisse.*

- ✓ *A Mon ami Mory Coulibaly et Dr Bakary Diarra, je vous remercie beaucoup pour votre encouragement qui m'a donné la force pour terminer ce travail qu'Allah bénisse notre amitié.*
- ✓ *Les personnels CH-CNOS et les promoteurs du centre :c'est avec un cœur plein de joie que je tiens à vous remercier tous pour votre disponibilité et votre présence pendant ces années études, recevez travail en témoignage de ma gratitude.*

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et président du jury,**

**Professeur OUSSEYNOU DIAWARA**

- Spécialiste en santé publique odonto-stomatologie
- Praticien hospitalier au CHU-CNOS
- Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS
- Formateur en Odonto-stomatologie à l'INFSS de Bamako
- Spécialiste en parodontologie
- Maître de recherche en parodontologie
- Chevalier de l'ordre National du Mali

Cher Maître,

Permettez-nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Homme de science et praticien dévoué, votre discrétion, votre simplicité et votre abord facile forcent le respect de tous et font de vous un Maître exemplaire.

Veillez trouver ici, l'expression de toute notre admiration et de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,**

**Docteur Mamadou DIALLO**

- Docteur en chirurgie dentiste.
- Praticien hospitalier au 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-DIRECTEUR,**

**Docteur BABA DIALLO**

- Enseignant chercheur à la FMOS
- Docteur en chirurgie dentaire
- Praticien hospitalier au CHU-CNOS (au service OCE)
- Épidémiologiste diplômé de l'institut régionale de santé publique (IRSP) de Ouidah au Benin et de l'ISFRA
- Chef du département de santé publique du CHU-CNOS
- Enseignant vacataire de bio statistique à l'Institut National de Formation des sciences de la santé(INFSS)

Cher Maître,

Nous avons beaucoup apprécié vos qualités humaines et vos qualités d'homme de science. Votre simplicité et votre modestie envers vos collègues et vos étudiants, ont forcé l'admiration de tous.

Soyez rassuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,**

**Professeur BOUBACAR BA**

- Chef de département de la CNOS ;
- Maître de conférences de Chirurgie Buccale à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS)
- Spécialiste en chirurgie Buccale
- Diplômé universitaire en carcinologie Buccale
- Membre de la société Française de Chirurgie Orale
- Coordinateur de la Filière Odontologique de l'institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)
- Ancien Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU -CNOS
- Membre du Comité National de Greffe du MALI
- Praticien Hospitalier au CHU- CNOS
- Chef de Service de Chirurgie Buccale

Cher Maître,

Les enseignants portent l'immense responsabilité d'amener chaque élève à développer son plein potentiel et ses compétences. La société demande à ses pédagogues de façonner l'esprit des petits et des grands pour qu'ils deviennent les citoyens de demain.

Soyez remercié de nous avoir acceptés comme étudiant auprès de vous et d'avoir fait de notre formation, votre priorité. Recevez ici cher Maître, toute notre reconnaissance.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- HAS** : Haut Autorité de Santé
- UFSBD** : Union Française de Santé Bucco-dentaire
- CPN** : Consultation Prénatale
- LAD** : Ligament Alvéolo-Dentaire
- CAO** : Cariex Absente et Obturé
- PMA** : Papille Marginale Adhère
- CNGOF** : Collège National Gynécologie Obstétrique Française
- SA** : Semaine Aménorrhée
- RCIU** : Retard de Croissance Intra –Utérin
- MBD** : Maladie Bucco-Dentaire
- Dr** : Docteur
- Pr** : Professeur

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes en fonction du lieu de résidence.....	40
Tableau II: Répartition des patientes en fonction de l'ethnie .....	42
Tableau III : Répartition des patientes en fonction de leur profession .....	43
Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de l'indice de plaque dentaire .....	44
Tableau V : Répartition des patientes en fonction de l'indice gingival.....	45
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction le degré de mobilité.....	45
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des pathologies observées.	46
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'indice CAO.....	47
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du degré de connaissance sur HBD.....	48
Tableau X : Répartition des patientes en fonction des sources d'informations ..	49
Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de leur connaissance sur les personnes les plus exposés à une mauvaise hygiène buccodentaire. ....	49
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction des conséquences engendrées par un manque d'hygiène buccodentaire.....	50
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction des mesures de prévention des MBD.....	50
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction des moyens de prévention	51
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des moyens d'éradication des MBD.....	51
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de leurs attitudes devant une maladie buccodentaire .....	53
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du conseil donné à une personne qui à MHBD.....	53
Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction du moment privilégié de brossage journalier .....	55
Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du moment du brossage des dents en fonction des repas.....	56
Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la technique de brossage .....	56
Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du matériel de brossage la plus utilisé.....	57

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : anatomie de la bouche .....	8
Figure 2 : Molaire d'une dent .....	9
Figure 3: Vue anatomo-clinique (coupe sagittale) de la dent et du parodonte d'après Rateitschak .....	12
Figure 4: Schéma de KEYES modifié par Newbrun revu par Reisne et Douglas .....	14
Figure 5: Stade d'évolution de la carie dentaire .....	16
Figure 6 : Gingivité gravidique .....	19
Figure 7 : Photographie d'une parodontite.....	20
Figure 8 : L'épulis gravidique .....	22
Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge .....	39
Figure 10: Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale. .	41
Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de la parité.....	44
Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de l'atteinte des MBD dues à une mauvaise hygiène buccodentaire.....	52
Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de la connaissance des éléments de la bouche à assainir.....	54
Figure 14 : Répartition des patientes en fonction du nombre de brossage journalière.....	55
Figure 15 : Répartition des patientes en fonction du temps de brossage.....	57
Figure 16 : Répartition des patientes en fonction de la qualité de la brosse utilisée.....	58

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION .....	1
A.	OBJECTIFS .....	4
	Objectif général .....	4
	Objectifs spécifiques .....	4
B.	GENERALITES .....	5
	1.1. Définitions .....	5
	1.2. Rappel anatomique dentaire .....	7
	1.3. : Pathologies dentaires .....	13
	1.4. Pathologies Parodontales .....	18
	1.5. Les indices CAO et parodontales .....	23
	1.6. Les prévalences des lésions buccodentaires observées au cours de la grossesse .....	25
	1.7. Connaissances et d'attitudes sur la carie et l'hygiène buccodentaire.....	27
	1.8. Technique de brossage buccodentaire .....	30
C.	METHODOLOGIE.....	35
	2.1. Cadre d'étude.....	35
	2.2. Population d'étude .....	37
	2.3. Critères de sélection.....	37
	□ Critère d'inclusion .....	37
	□ Critère de non-inclusion .....	37
	2.4. Echantillonnage .....	37
	2.5. Outil de collecte.....	37
	2.6. Saisie et analyse des données .....	38
	Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 22 .0 et saisies avec le Microsoft Word et Excel.....	38
	2.7. Déroulement de l'enquête.....	38
	2.8. Éthique et déontologie .....	38
D.	RESULTATS.....	39
	3.1. Caractéristiques Sociodémographiques.....	39
	3.2. Examen clinique .....	44
	3.3. Indice CAO et parodontal.....	44
	3.4. Connaissances.....	48
	3.5. Attitudes.....	52
E.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	59
	4.1. Caractéristiques Sociodémographiques.....	59
	4.2. Examen clinique .....	61
	4.3. Indice CAO et parodontal.....	62
	4.4. Connaissances.....	63
	4.5. Attitudes.....	63

CONCLUSION .....	67
RECOMMANDATIONS .....	68
REFERENCES.....	69
ANNEXES .....	75

## **I. INTRODUCTION**

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : la santé buccodentaire se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de Parodontopathie (gingivite, parodontite), d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, marcher, sourire et parler d'une personne donc son bien être psychosocial (1).

La santé bucco-dentaire est nécessaire à la qualité de vie tant dans la relation à l'autre que pour le bien-être de la personne.

L'hygiène bucco-dentaire, appelée aussi hygiène buccale, est un ensemble de pratiques permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents. L'élimination de la plaque dentaire permet d'éviter les maladies parodontales(2).

Selon l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire recommande à tous les adultes d'avoir une alimentation variée et équilibrée, de se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré pendant au moins deux minutes et d'utiliser le fil dentaire ou de bossettes inter dentaires chaque soir. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande à tous les adultes un examen de prévention bucco-dentaire annuel.

La grossesse est un moment privilégiée dans la vie de la femme pour la prévention de sa santé. Ainsi chaque mois, elle consulte un professionnel de la santé qui évalue le bien être maternel et foetal. La grossesse n'étant pas en soi une pathologie, outre le suivi obstétrical obligatoire, ces consultations laissent la place à un moment d'échange et de conseils sur les habitudes d'hygiène de vie de la patiente.

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé en général et constitue un véritable enjeu de santé publique (3). Aujourd'hui, aucun examen obligatoire au cours de la grossesse ne concerne la santé bucco-dentaire. Pourtant, la

grossesse entraîne bien des changements physiologiques susceptibles d'affecter l'hygiène des dents. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut notamment augmenter les risques d'accouchement prématuré, d'hypotrophie fœtale ou encore de pré-éclampsie (4).

Au cours de la grossesse, l'augmentation physiologique des hormones gravidiques (Œstrogène et progestérone) entraîne une modification du microbiote (micro-organisme) sous-gingival,

Une sécrétion des médiateurs physiologiques immunologiques des tissus

Parodontaux, une hyper-vascularisation, une hyper sialorrhée et une salive au pH plus acide. Ces modifications fragilisent les tissus parodontaux par l'altération de l'épithélium gingival, déséquilibrant ensuite la flore commensale, au profit de bactéries anaérobies à Gram négatif (5).

La carie : en raison du pH acide salivaire, de la consommation accrue de sucre/boissons consécutive à des fringales, et une diminution de l'attention portée à l'hygiène bucco-dentaire.

La maladie parodontale peut également avoir des répercussions sur l'état de santé général : risque d'aggravation du diabète, augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, complications de la grossesse.

La fréquence des consultations de dépistage doit toutefois être adaptée en fonction des facteurs de risques propres au patient. D'un point de vue épidémiologique près de 100% des adultes ont des dents cariées dans leur vie et 15 à 20% des adultes d'âge moyen (34-44 ans) ont des maladies parodontales sévères pouvant entraîner la perte de dents. Concernant les femmes enceintes, 51,6% d'entre elles ont en moyenne trois dents cariés à l'issue de leur grossesse, et 57% ont déclaré d'avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant cette période. (6).

Les liens établis entre la santé bucco-dentaire et la grossesse étant mis en évidence, nous pouvons ainsi considérer que la santé bucco-dentaire des femmes enceintes doit faire parties des préoccupations des sages-femmes. La prévention primaire de ces pathologies se réalise aux moyens d'une hygiène bucco-dentaire correctement réalisée, un suivi régulier par un chirurgien-dentiste avec un détartrage(7).

### **- Intérêt de l'étude**

L'intérêt de l'étude réside dans le fait qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut conduire à une maladie bucco-dentaire.

Pendant la grossesse ; leur fréquence peut augmenter, car cet état constitue un facteur de risque d'affections bucco-dentaire. La complexité de la prise en charge de ces pathologies bucco-dentaires en général et parodontales en particulier chez la femme enceinte, et l'instauration de la prise en charge pluridisciplinaire et interprofessionnelle de ces patientes a motivé le choix de l'étude

## **A. OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Évaluer le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire en consultation prénatale (CPN) au centre de santé de Chérifla de Banconi de Bamako

### **Objectifs spécifiques**

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques
2. Déterminer les indices CAO et l'indice de plaque et gingival
3. Déterminer la prévalence des affections buccodentaires observées
4. Décrire le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire
5. Décrire les habitudes de l'hygiène bucco-dentaire

## **B. GENERALITES**

### **1.1. Définitions**

#### **1.1.1. Grossesse**

La grossesse est l'état de la femme enceinte. Elle commence avec la fécondation et se termine avec l'accouchement. C'est la gestation.

La durée normale de la grossesse est calculée à partir du premier jour des dernières règles. Elle est de 283 jours soit 40 semaines 1/2 d'aménorrhée, 10 mois lunaires, 9 mois du calendrier. Cependant, cette valeur n'est qu'une moyenne et les écarts vont de 266 à 293 jours. L'unité de mesure la plus utilisée actuellement est la semaine. Lorsqu'on parle d'âge gestationnel, on s'exprime en semaine d'aménorrhée révolue (8).

La grossesse est donc une période à haut risque dentaire, ce qui doit motiver une bonne hygiène dentaire et une surveillance accrue de la dentition

Au cours de la grossesse nous observons :

- **L'érosion dentaire** : une exposition répétée à l'acide gastrique de l'estomac, lors de reflux gastro-œsophagiens, entraîne une érosion de l'émail ;
- **La gingivite** : réaction inflammatoire à la plaque dentaire, caractérisée par une gencive œdématiée et saignant facilement. La gingivite intensifie une pathologie préexistante, très fréquemment associée à la grossesse, elle est culminante au huitième mois(9).
- **La parodontite** : complique une gingivite non traitée. Les bactéries prolifèrent et libèrent des toxines, destructrices des tissus environnants ;
- **La mobilité dentaire** : suite à la perte osseuse induite par la parodontite ;

Ces atteintes infectieuses peuvent s'étendre au parodonte profond, c'est à dire jusqu'au ligament desmodontal et l'os alvéolaire, qui provoqueront à terme la perte des dents. C'est une forme de maladie parodontale appelée parodontite.

La mise en place d'un traitement, permet la stabilisation de l'atteinte mais n'empêche pas la persistance de séquelles fonctionnelles et esthétiques (10).

Pour éviter la survenue d'une maladie parodontale, il est essentiel de respecter certaines règles d'hygiène bucco-dentaire conformes aux recommandations de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) :

- Un brossage avec une brosse à dents électrique de préférence, à raison de deux fois par jour, pendant 2 minutes, afin d'éliminer la plaque dentaire
- Le passage quotidien d'un écouvillon inter-dentaire tous les soirs pour éliminer la plaque dans les espaces inter-dentaires et qui ne peut pas être éliminée par le seul brossage des dents,
- Une visite annuelle chez un dentiste, qui évaluera l'état de santé parodontale et pourra réaliser une élimination professionnelle de la plaque dentaire (11).
- La maladie parodontale peut également avoir des répercussions sur l'état de santé général : risque d'aggravation du diabète, augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, complications de la grossesse.

La fréquence des consultations de dépistage doit toutefois être adaptée en fonction des facteurs de risques propres au patient. D'un point de vue épidémiologique près de 100% des adultes ont des dents cariées dans leur vie et 15 à 20% des adultes d'âge moyen (34-44 ans) ont des maladies parodontales sévères pouvant entraîner la perte de dents.

Concernant les femmes enceintes, 51,6% d'entre elles ont en moyenne trois cariés à l'issue de leur grossesse, et 57% ont déclaré d'avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant cette période. (6).

Les liens établis entre la santé bucco-dentaire et la grossesse étant mis en évidence, nous pouvons ainsi considérer que la santé bucco-dentaire des femmes enceintes doit faire parties des préoccupations des sages-femmes. La prévention primaire de ces pathologies se réalise aux moyens d'une hygiène bucco-dentaire

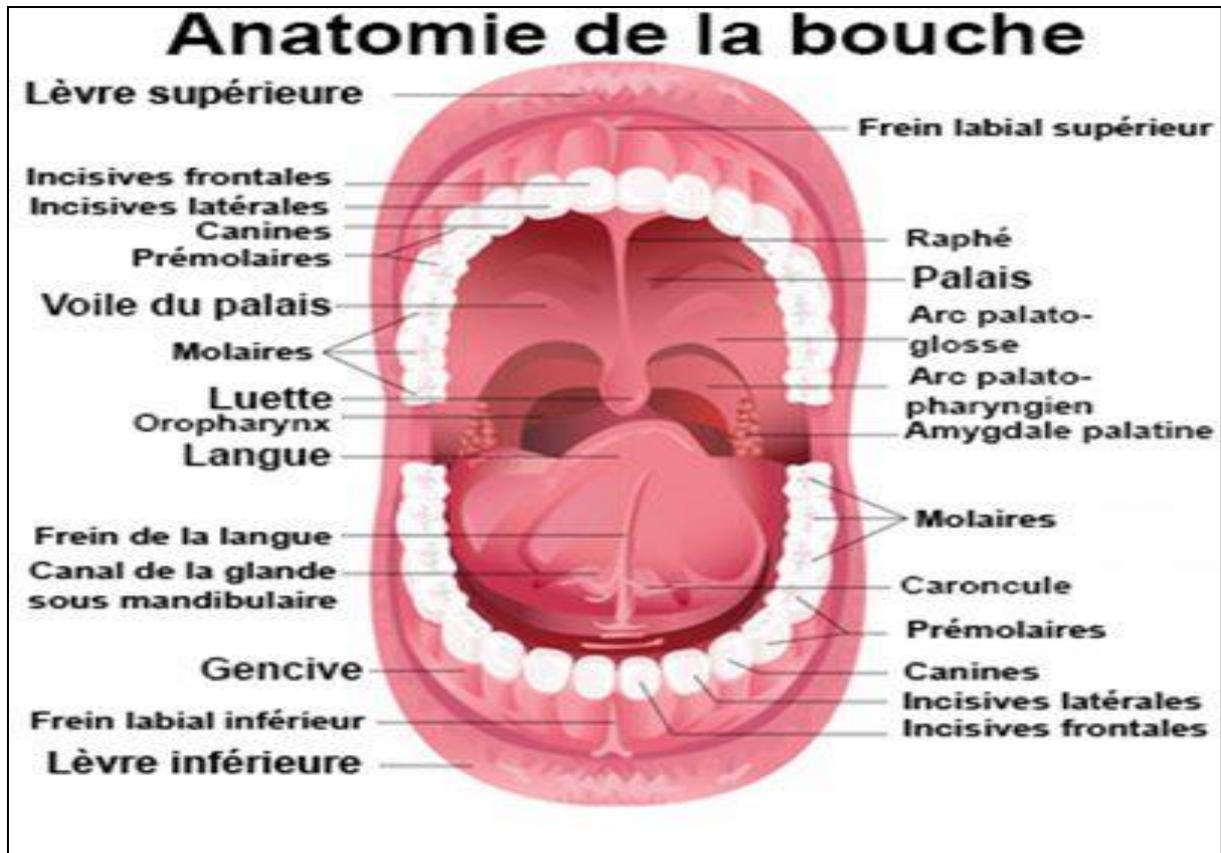
correctement réalisée, un suivi régulier par un chirurgien-dentiste avec un détartrage(7).

## 1.2. Rappel anatomique dentaire

### 1.2.1. La cavité bucco-dentaire

La cavité buccale débute à la jonction entre la peau et les lèvres (vermillon). Elle représente le premier segment du tube digestif. Elle est délimitée :

- en avant par les lèvres ;
- latéralement par les joues ;
- en arrière par l'isthme du gosier (orifice de communication avec l'oropharynx avec en haut le voile du palais, latéralement se trouvent les piliers antérieurs du voile et en bas la base de la langue) et les tonsilles palatines ;
- en bas par le plancher de la bouche(12).



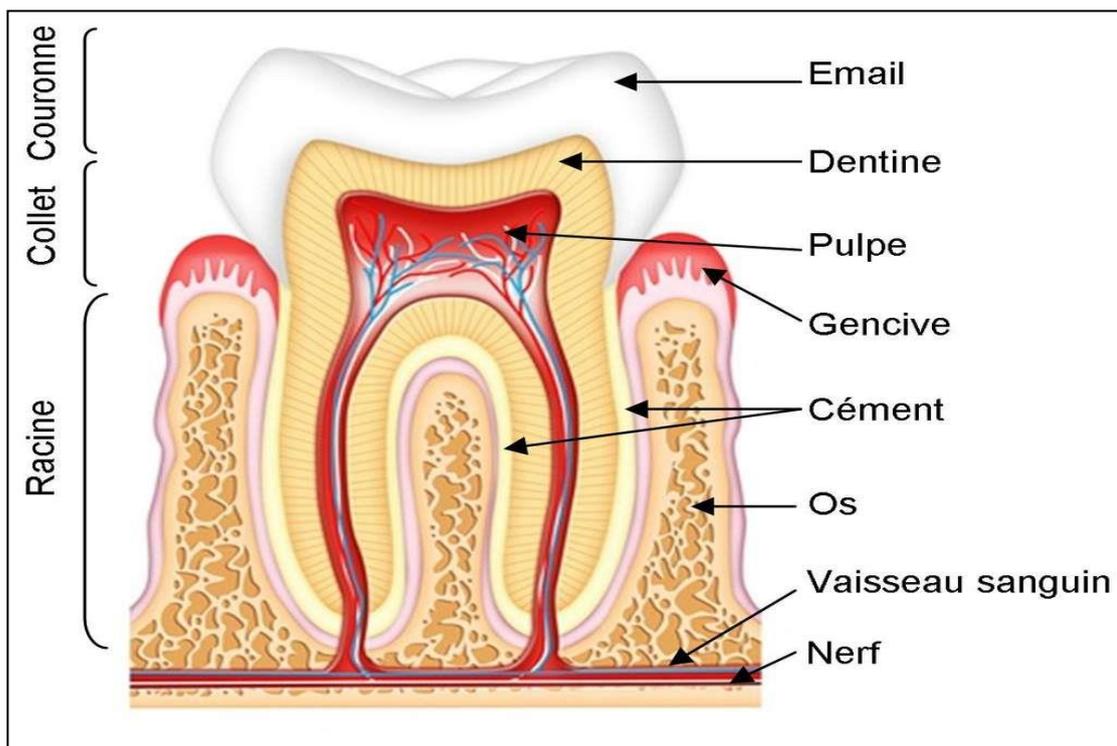
## Figure 1 : anatomie de la bouche(12)

### 1.2.2. Les dents

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 cément
  - La dentine
  - Le canal pulpaire qui se termine par l'apex.

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



## **Figure 2 : Molaire d'une dent (13)**

### **1.2.3. Le parodonte (14) (15) (16) (17)**

Le parodonte est constitué de :

- la gencive,
- le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire,
- le cément,
- l'os alvéolaire ou l'os parodontal.

#### **1.2.3.1. La gencive**

La gencive fait partie des tissus mous de revêtement de la cavité buccale. Elle entoure les collets des dents, assurant la continuité de l'épithélium buccal au-dessus du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire. De couleur rose pâle, la gencive peut être dans certains cas pigmentée.

La gencive se divise en trois parties :

- la gencive libre ou marginale,
- la gencive attachée,
- la papille gingivale ou gencive papillaire.

#### **• La gencive libre ou marginale**

Elle se présente sous la forme d'une mince bandelette plate et lisse qui recouvre la jonction amélo-cémentaire de la dent. La gencive libre est subdivisée en deux parties que sont la gencive marginale et la gencive papillaire.

La gencive marginale représente la bordure gingival ou sertissure gingivale étroite et mince sans soutien osseux. C'est une partie de faible hauteur (environ 1mm) qui s'étend de la région du collet vers une dépression appelée : Sillon marginal c'est la limite entre la gencive marginale et la gencive attachée. Entre la dent et la gencive marginale, nous avons un cul-de-sac virtuel appelé sillon gingivo-dentaire dont la profondeur varie entre 0, 3 et 3 mm.

La papille gingivale encore appelée papille inter-dentaire continue la gencive marginale au niveau des espaces inter-dentaires. Elle a une forme pyramidale dans le secteur antérieur de la denture, forme qui disparaît quand il y a une rupture de contact dentaire. Dans le secteur molaire, elle est aplatie dans le sens vestibulo-lingual entre deux dents qui sont séparées d'un diastème ; La papille gingivale est constituée de deux parties une papille vestibulaire et une papille palatine ou linguale. Ces deux papilles sont reliées par un col en forme de cuvette, épousant la forme de la zone de contact interproximal.

- **La gencive attachée**

La gencive papillaire est située sous les points de contact dentaires. Elle est constituée par deux protubérances triangulaires, les papilles linguales et vestibulaires. Entre ces deux papilles, il existe une zone de dépression : le col.

### **1.2.3.2. Le desmodonte**

Le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire est un tissu conjonctif non minéralisé. C'est le constituant du parodonte situé entre le cément et l'os alvéolaire. Il entoure toute la racine dentaire. D'épaisseur variable selon la force occlusale appliquée à la dent et selon l'âge du sujet, il est constitué essentiellement par un tissu conjonctif composé principalement de fibres, de cellules, de substance fondamentale, de nerfs, de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il assure trois fonctions : mécanique, nutritive et sensorielle.

### **1.2.3.3. Le cément**

C'est un tissu calcifié et minéralisé, semblable à l'os. Il recouvre toute la dentine radiculaire de l'apex jusqu'à la jonction amélo-cémentaire. Il n'est ni vascularisé ni innervé.

On distingue 4 types de ciments :

- le cément acellulaire afibrillaire,
- le cément acellulaire à fibres extrinsèques,

- le ciment cellulaire à fibres intrinsèques,
- le ciment cellulaire à fibres extrinsèques.

#### 1.2.3.4. L'os alvéolaire

L'os alvéolaire est défini comme la partie du maxillaire et de la mandibule qui forme et supporte les alvéoles dentaires. Il est formé par la réunion de deux corticales vestibulaires et linguales et sa morphologie varie en fonction des formes et des positions des racines. Il se développe avec les dents et s'efface presque totalement après leur disparition. Il se présente sous la forme d'une enveloppe d'os compact dense entourant un os spongieux à grands espaces médullaires assurant une vascularisation très importante. On distingue de l'extérieur vers l'intérieur :

- le périoste, fine membrane jaunâtre très fibreuse adhérent sur la surface osseuse,
- la corticale périphérique vestibulaire, constitué par un os compact continu,
- la paroi alvéolaire interne, constituée par une lame criblée de pertuis permettant le passage de structures vasculaires et nerveuses entre les espaces médullaires et le ligament parodontal (on l'appelle également la lamina dura car, elle apparaît à la radio autour de la dent comme une ligne dense),
  - la corticale périphérique linguale, identique à la vestibulaire.



**Figure 3 : Vue anatomo-clinique (coupe sagittale) de la dent et du parodonte (18).**

### **1.3. : Pathologies dentaires**

#### **1.3.1. Caries dentaires**

##### **1.3.1.1. Définition**

Lésion la plus fréquente de maladies dentaires acquises, la carie dentaire est une altération spécifique de la dent. Progressant de la périphérie vers le centre, elle dépend de l'agressivité du milieu buccal et de la qualité des tissus de la dent.

L'OMS décrit la lésion carieuse comme « un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption de la dent.

Il s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évolue vers la formation d'une cavité » (19).

La carie est donc un processus de déminéralisation acide ayant pour origine une infection bactérienne. Elle se présente comme une perte tissulaire d'abord microscopique, et finalement macroscopique, laissant alors apparaître un « trou » cliniquement décelable.

Tous les jours, un dépôt à peine visible se colle sur les dents. C'est la plaque dentaire, qui entraîne une attaque acide, puis une déminéralisation des dents.

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.

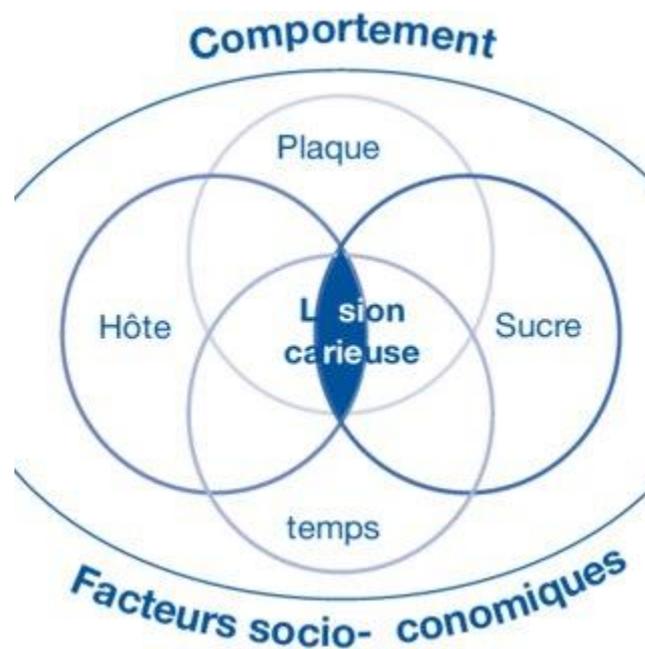
##### **1.3.1.2. Etiologie**

Le processus carieux est généralement réversible 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

- L'apparition d'une lésion carieuse est intimement liée à des facteurs :  
biochimiques et morphologiques au niveau de l'hôte ;
- Bactériologiques avec la quantité et la qualité de la flore peuplant la plaque  
bactérienne ;
- Alimentaires avec la fréquence de consommation de produits sucrés. D'un  
point de vue physiopathologique, nous aurons les étapes suivantes : tout  
d'abord, la mise en contact de glucides fermentescibles avec les bactéries  
cariogènes de la plaque dentaire va aboutir à la production d'acides  
organiques

Ces acides vont entraîner une diminution du pH buccal qui, s'il passe en dessous du seuil critique de 5,5 se traduit sur l'email dentaire par une déminéralisation aboutissant secondairement à l'apparition d'une lésion carieuse. Il est à noter que l'acidité peut provenir directement des aliments qui constituent alors un risque cariogène majeur (sodas, citron, vinaigre, etc.) (19).



**Figure 4: Schéma de KEYES modifié par Newbrun revu par Reisne et Douglas (20)**

### **1.3.1.3. Classification de la carie dentaire (21) (22) (23)**

La carie est une maladie infectieuse qui attaque les tissus durs de la dent, elle ramollit puis les détruit. Cette destruction une fois entamée se poursuit jusqu' à la disparition complète de l'organe dentaire. Généralement la carie évolue de l'extérieur de la dent. Cette évolution se fait en stades allant du premier au quatrième degré (mort de la dent).

**Premier degré :** en principe sans douleur, elle passe presque inaperçue pour le patient, son attention peut être attirée par :

- un sillon particulièrement sombre
- S'il y a une atteinte proximale on constate une rétention alimentaire inhabituelle, on l'appelle carie de l'email.

**Deuxième degré :** carie de la dentine.

Elle n'occasionne jamais de douleurs spontanées. Les douleurs occasionnées par cette carie sont presque toujours provoquées par le froid et le sucre : c'est la dentinite.

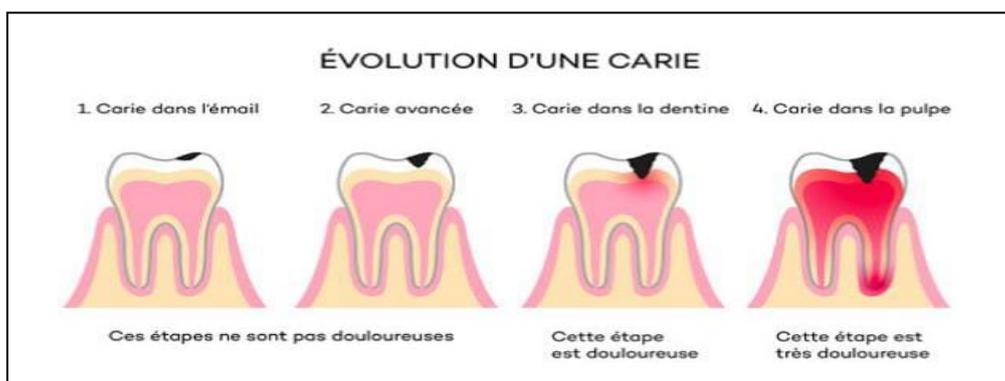
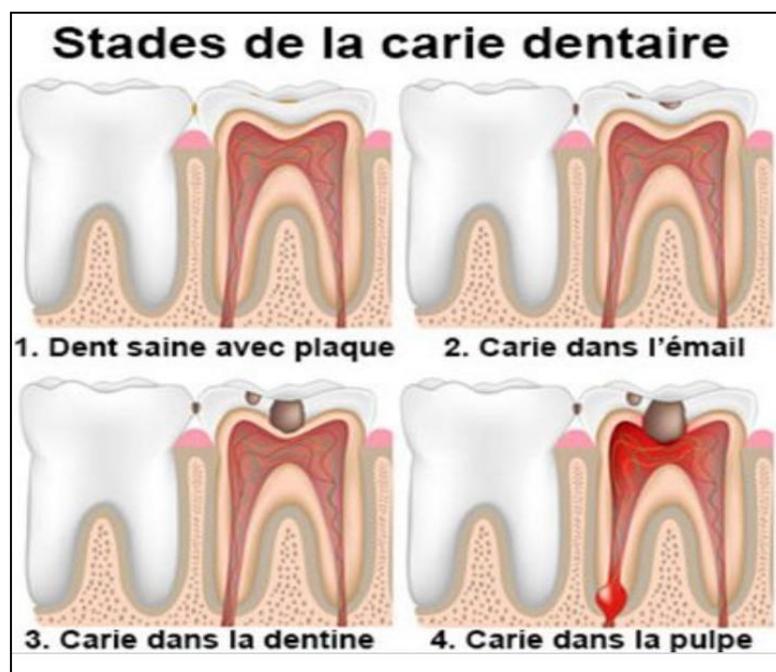
Les caries sont souvent perceptibles mais pas toujours, les retentions alimentaires sont importantes. La radiographie permet de faire une idée de la profondeur de la lésion avant traitement.

**Troisième degré :** carie de la dentine à proximité de la pulpe, cette pulpe est affectée d'une inflammation non ouverte, ce qui s'explique sa symptomatologie clinique orageuse. C'est le stade de la rage dentaire et les nuits blanches, on parle de : pulpite aigue.

L'œdème inflammatoire est responsable de fortes douleurs que nous reconnaissons étant donné que la chambre pulpaire est inextensible, cet œdème occasionne une augmentation de la pression qui irrite les terminaisons nerveuses à ce niveau, ceci explique le caractère spontané de cette douleur forte.

**Quatrième degré :**(ouverture pulpaire, dent morte). L'ouverture pulpaire atténue les symptômes orageux du troisième degré. Cette ouverture peut être spontanée quand le malade s'entête à ne pas consulter, ou provoquée par le malade lui-même ou par le thérapeute qui peut être amené à pratiquer cette ouverture en cas d'échec de la thérapeutique conservatrice, ce qui est souvent le cas des pulpites de longue durée.

La pulpite aiguë évolue vers la pulpite chronique, soit vers la nécrose pulpaire plus ou moins rapidement, plus ou moins totalement selon le cas.



**Figure 5: Stade d'évolution de la carie dentaire (21).**

### **1.3.2. Érosion dentaire**

L'érosion se définit comme la dissolution des tissus minéralisés (essentiellement l'émail) sous l'action de substances chimiques. Elle est liée à l'attaque acide provoquée par les vomissements de la grossesse. Les surfaces les plus touchées sont les faces palatines des incisives et canines maxillaires. L'hypersensibilité dentaire peut être une conséquence de l'érosion (24).

### **1.3.3. Dyschromie dentaire**

Le terme de dyschromie vient du grec, le préfixe dys - signifiant mauvaise, perturbé et chromie-signifiant couleur.

- Modification de la couleur normales d'une ou de plusieurs dents. On appelle dyschromie tout changement de la teinte qui s'éloigne de manière significative de la « normale » (25).
- Selon MUGNIER, "Toute couronne dentaire dont la teinte s'écarte de sa blancheur habituelle présente une dyschromie".

Il est toutefois difficile de définir une teinte qu'on pourrait qualifier de normale au niveau des dents. La teinte dentaire, comme d'autres phanères, est une caractéristique qui est propre à l'individu et qui se modifie avec le temps et le vieillissement. On sait aussi que dans une même bouche, des dents minéralisées à des époques différentes de la vie post natale présentent des teintes différentes, c'est souvent le cas des canines.

La dyschromie se caractérise avant tout par le contraste lumineux ou la diversité des tons qui s'établissent entre une dent ou un groupe de dents et celles qui les entourent ; c'est une coloration particulière et inaccoutumée qu'on rencontre par rapport à d'autres dents. Ces dyschromies seront d'origine génétique ou acquise.

La dyschromie se caractérise par son étiologie, son aspect, sa composition, sa localisation, son intensité et son adhérence à la surface de la dent.

Elle peut être partielle, touchant une ou plusieurs dents, ou totale si toutes les dents sont affectées (25).

## **1.4. Pathologies Parodontales**

### **1.4.1. La gingivite**

L'atteinte de la gencive peut aller d'une légère inflammation avec rougeur à une inflammation accompagnée d'un œdème avec des saignements. Les gingivites sont répertoriées selon la classification d'Armitage ; il existe celles associées à la plaque dentaire uniquement et celles associées aux facteurs systémiques et notamment les modifications endocriniennes. Chez la femme enceinte, elle est expliquée en partie par les altérations tissulaires dues aux modifications hormonales, mais également par des changements dans les habitudes alimentaires. Notons que le tabac et l'alcool sont des facteurs d'agression. La gingivite peut être exacerbée par la présence de plaque dentaire et localisée à un secteur dentaire ou être plus étendue, voire généralisée. Entraînant un inconfort, elle peut cependant être négligée par la femme enceinte car elle est peu douloureuse et le saignement des gencives lors du brossage peut paraître normal. Son traitement repose sur une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et un détartrage (26).

Chez la femme enceinte, le risque de développer une gingivite varie selon le taux plasmatique des hormones stéroïdes au cours de la grossesse (élévation en début de grossesse, maintien du 4ème au 8ème mois, baisse au cours du dernier mois et disparition en post-partum).

La fréquence de la gingivite chez la femme enceinte est difficile à évaluer (de 10 à 70% selon les études). Elle est corrélée au niveau socioprofessionnel, au tabac, à l'état dentaire préalable et au degré d'hygiène bucco-dentaire, mais peut également survenir chez une femme ayant une hygiène bucco-dentaire satisfaisante.

La gingivite gravidique est caractérisée par une inflammation gingivale associée à une hyperplasie en phase avec les pics de sécrétion hormonale (œstrogène et progestérone).

L'augmentation de ces deux hormones durant la grossesse aggrave la sensibilité aux agents bactériens irritants. Cette gingivite se manifeste au 2ème trimestre avec un pic au

8ème mois. Elle constitue la manifestation buccale la plus commune chez la patiente gravide. Elle est réversible et disparaît après l'accouchement (selon ROCHE Y.).



**Figure 6 : Gingivite gravidique (27)**

#### **1.4.2. La parodontite**

Elle consiste en une inflammation des tissus de soutien de la dent appelés « parodonte » (gencive, cément, ligament alvéolo-dentaire et os alvéolaire). Elle peut être responsable de la destruction irréversible de ces tissus et conduire à la perte de la dent. Seul un odontologiste pourra déterminer le niveau d'atteinte parodontale permettant d'envisager un plan de traitement.

Son traitement est le même que la gingivite combinée à une décontamination mécanique de la surface radiculaire (qui se rapporte à la racine) exposée aux

bactéries pathogènes. Il peut être associé à un traitement antiseptique et/ou antibiotique adapté.

Les maladies parodontales peuvent être des facteurs de risque pour la prématurité et le petit poids de naissance, l'endocardite infectieuse, la maladie coronaire, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies pulmonaires et le diabète.

De manière plus générale, elles peuvent également avoir des conséquences à type de :

- Inconfort
- Infections sinusiennes et osseuses
- Edentation et difficulté à la mastication
- Désordre d'équilibre de la mâchoire et perte osseuse à long terme
- Coût socio-économique important.



**Figure 7 : Photographie d'une parodontite(27)**

L'accumulation importante de plaque dentaire a entraîné des changements inflammatoires importants au niveau des tissus de support des dents chez ce patient

### **1.4.3. L'épulis gravidique (28) (29) (30)**

L'épulis gravidique est une tumeur bénigne hyperplasique se situant au niveau gingival. Il survient généralement au 3ème mois de grossesse. Sa fréquence de survenue est de 5%. C'est un tissu pédiculé mou, très inflammatoire, de couleur rouge, qui croît rapidement, sans dépasser 2 cm, et qui siège entre deux dents. S'il est trop volumineux, il peut entraîner une mobilité dentaire. Il est indolore, mais saigne au moindre contact.

Son étiologie reste inconnue, bien qu'une hygiène insuffisante et les modifications hormonales soient vraisemblablement impliquées dans son processus. Les épulis régressent après l'accouchement et peuvent récidiver à la grossesse suivante ; leur apparition est alors plus précoce et plus volumineuse. Durant la grossesse, aucun geste ne sera pratiqué si l'épulis n'est pas gênant (peu de saignement, pas de gêne lors de la mastication ou du brossage), et sa régression sera contrôlée en post-partum.



**Figure 8 : L'épulis gravidique (27)**

#### **1.4.4. Mobilistes dentaires**

Des mobilités dentaires peuvent être observées pendant la grossesse, même chez des femmes présentant un parodonte sain. Les dents les plus concernées sont les incisives maxillaires. L'apparition de ces mobilités serait due à des modifications minérales d'origine hormonale dans l'os alvéolaire et non à une perte d'attache alvéolaire. Ce type de mobilité dite transitoire disparaît rapidement après l'accouchement. (24)

## **1.5. Les indices CAO et parodontales**

### **1.5.1. LES indices CAO**

L'indice utilisé est l'indice **CAO** moyen (**C** étant le nombre de dents **cariées**, **A** le nombre de dents **absentes** pour cause de caries, **O** le nombre de dents **obturées** définitivement dans la bouche de la personne examinée qui est défini par le rapport de la somme des dents cariées, extraites et obturées sur le nombre de sujets examinés pour la mesure des problèmes de santé bucco-dentaire d'une communauté.

Cet indice sera obtenu grâce au décompte des dents cariées, extraites et obturées chez chaque sujet de l'échantillon.

### **1.5.2. Les indices parodontaux**

Les indices parodontaux sont destinés à quantifier de façon systématique les observations recueillies. Les indices sont des valeurs numériques qui traduisent des faits cliniques.

L'indice doit répondre à certains critères : utilisation simple par un grand nombre d'investigateurs ; observation rapide mais suffisante des sujets examinés ; quantification aisée des résultats ;

Possibilité d'utilisation des résultats à des fins statistiques (31). L'indice d'hygiène orale simplifiée de GREENE et VERMILLON (OHIS)

Le niveau d'hygiène a été apprécié par le calcul de l'indice de plaque de SILNESS ET LOË (32).

Cet indice fait intervenir un des principaux facteurs étiologiques de la maladie parodontale : la plaque bactérienne ou bio film microbien. Son utilisation simple et rapide traduit l'accumulation de la plaque sur les surfaces dentaires.

Les scores sont les suivants :

- **Indice de plaque**

**0** : absence de plaque ;

**1** : présence d'une mince couche de plaque visible en raclant la surface de la dent à l'aide d'une sonde parodontale ;

**2** : dépôts de plaque dentaire visible à l'œil nu ;

**3** : accumulation importante de plaque sur les surfaces dentaires.

- **L'indice gingival**

- L'indice gingival de SCHOUR et MASSELER :

- Ces auteurs considèrent que la maladie commence par la papille (inflammation légère), s'étend à la gencive marginale (inflammation moyenne) et atteint la gencive adhérente. Cet indice est aussi appelé indice PMA (papille, gencive marginale, gencive adhérente).

- La localisation du processus inflammatoire fournit, jusqu'à un certain point, des indications sur la gravité de la lésion.

- L'indice gingival (IG) de LOË et SILNESS (33) a permis d'évaluer la gravité de la gingivite par la couleur et la consistance des tissus, mais aussi par la tendance au saignement.

Les critères sont les suivants :

**0** : gencive saine, aucun saignement au sondage ;

**1** : léger changement de couleur de la gencive avec un léger œdème ;

**2** : inflammation modérée, saignement au sondage, avec changement de coloration et œdème de la gencive ;

**3** : inflammation sévère, rougeur et œdème de la gencive, ulcération, saignement spontané.

- **Indice de Mobilité dentaire Mühlemann (34)**

La mobilité dentaire est appréciée en utilisant l'indice de mobilité dentaire.

**0** : pas de mobilité.

**1** : mobilité perceptible mais non visible à l'œil nu.

**2** : mobilité visible à l'œil nu mais inférieure à 2 mm

**3** : mobilité supérieure à 2 mm

**4** : mobilité axiale ou verticale.

## **1.6. Les prévalences des lésions buccodentaires observées au cours de la grossesse**

### **1.6.1. Les Modifications de salive**

L'abaissement du PH salivaire et du pouvoir tampon de la salive et certaines modifications organiques de la salive traduisent l'action de la grossesse sur les glandes salivaires. La production excessive de salive tout au long de la grossesse est un constat fréquent. Cette sialorrhée ou ptyalisme gravidique peut favoriser la survenue de nausées.

Ce ptyalisme peut par exagération devenir pathologique

### **1.6.2. Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse**

Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre les maladies parodontales et l'aggravation d'une pathologie obstétricale ou d'un devenir obstétrical (35) (36) (37).

Parmi les risques les plus fréquemment cités, nous retrouvons l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, et l'augmentation de survenue d'une prééclampsie.

### **1.6.3. Relation entre maladies parodontales et Pathologies obstétricales :**

#### **1.6.3.1. La Pré-éclampsie**

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) la prééclampsie est caractérisée par une hypertension artérielle gravidique (PAS  $\geq$  140 mmHg) et/ou (PAD  $\geq$  90 mmHg) survenant après 20 S.A, associée à une protéinurie ( $>$  0.3g/24h).

La physiopathologie reste encore obscure, mais l'hypothèse principale pour expliquer cette relation tiendrait du fait que l'inflammation des tissus parodontaux augmente le niveau des protéines C réactives et d'autres médiateurs

inflammatoires ; ceux-ci, entrant dans la circulation systémique, vont induire une réponse inflammatoire et une dysfonction des cellules endothéliales du placenta, augmentant le risque de prééclampsie(37).

### **1.6.3.2. L'hypotrophie fœtale (38)**

Le retard de croissance intra- utérin (RCIU) ou hypotrophie fœtale est une pathologie fréquemment rencontrée par l'obstétricien, puisque pouvant affecter la grossesse avec une sévérité variable.

On appelle Hypotrophes tous les nouveau- nés dont le poids est anormalement bas pour l'âge gestationnel, lorsque ce poids est reporté sur des courbes pondérales d'une population témoin.

On définit ainsi l'hypotrophie modérée par un poids de naissance compris entre les 10<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> percentiles ; et l'hypotrophie sévère par un poids inférieur au 3<sup>e</sup> percentile.

Parmi les origines des hypotrophies fœtales les infections occupent une grande place et cela peut être vrai pour l'infection parodontale.

### **1.6.3.3. Accouchement prématuré**

L'OMS définit la prématurité comme un accouchement survenant avant 37 semaines révolues d'aménorrhée (S.A).

La prévalence de la prématurité est en constante augmentation dans le monde, la mesure de l'âge gestationnel souligne l'importance de la maturité fœtale qui conditionne les possibilités d'adaptation à la vie autonome. Toute naissance prématurée comporte le risque que certaines fonctions ne s'établissent pas, d'autant plus que la grossesse est courte. L'âge gestationnel est le facteur pronostic essentiel de séquelles liées à la prématurité (39).

## **1.7. Connaissances et d'attitudes sur la carie et l'hygiène buccodentaire**

### **1.7.1. La carie**

La carie dentaire est un phénomène inflammatoire débutant par la décalcification de l'émail, puis de l'ivoire par des acides d'origine bactérienne. Ce processus pathologique de gangrène et de désorganisation à développement centrifuge aboutit à une perte de substance et à la destruction de l'organe dentaire. La plaque dentaire est un enduit constitué de salive et de débris alimentaires qui se forme à la surface des dents. C'est un gel blanc jaunâtre, terne, tenace, semblable à de la colle. C'est une communauté microbienne variée, localisée à la surface de la dent, qui se développe là où persistent les restes alimentaires en les utilisant pour leur métabolisme (40).

Pendant la grossesse, la salive est modifiée aussi bien sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif : on note par exemple un abaissement du pH qui favorise le développement d'une flore pathogène ainsi qu'un débit salivaire augmenté au cours des trois derniers mois. Ce dernier diminue progressivement au fil de la grossesse et n'engendre pas de pathologies particulières<sup>4</sup>. En revanche, l'acidification buccale, en plus des nausées fréquentes, va entraîner une érosion de l'émail qui va augmenter le risque de survenue d'une carie (4).

#### **1.7.1.1. Etiopathogénie**

La formation d'une carie nécessite l'association de quatre facteurs essentiels (40):

**La dent** : les dents dont la morphologie et la composition peuvent influencer les risques carieux : des dents aux reliefs accentués et mal positionnés retiendront plus facilement les débris alimentaires donc favoriseront l'accumulation de plaque bactérienne.

**Les bactéries** : cinq espèces bactériennes sont identifiées comme participant au processus carieux :

- Streptocoques mutans
- Streptocoques salivarius
- Lactobacilles caseï
- Lactobacilles acidophilus
- Actinomycesnaëslundii

Ce sont elles qui transforment le sucre en acide, puis diminue le pH du biofilm dentaire.

**Le sucre** : c'est à partir du saccharose que les bactéries du biofilm dentaire produisent de l'acide qui est à l'origine de la carie.

**Le temps** : il est nécessaire aux bactéries pour adhérer à la surface dentaire et accomplir leur métabolisme. Il intervient également dans la fréquence de consommation des glucides fermentés et dans le contact sucre – dent

#### 1.7.1.2. Facteurs de risque

- **Facteurs locaux**

- **Hygiène dentaire défectueuse** : elle favorise l'accumulation des plaques bactériennes et donc l'apparition des caries.
- **Développement des plaques dentaires** : les composantes de la plaque dentaire agissent en entraînant une décalcification acide des tissus durs, sous l'influence des sécrétions des bactéries dont la prolifération serait stimulée par les confiseries et les aliments sucrés.

- **Facteurs généraux**

- Les facteurs alimentaires : une alimentation riche en saccharose et pauvre en Vitamine D favorise la carie.
- Les facteurs liés à l'environnement : les sujets vivants dans les contrées où l'eau est riche en sels fluorés ont une grande résistance des dents à la carie.
- Les facteurs hormonaux : la carence en hormones thyroïdiennes parathyroïdiennes provoque une hypoplasie de l'émail, qui favorise la

survenue des caries. Les sujets diabétiques sont prédisposés à la carie dentaire.

- Les facteurs héréditaires : la résistance de la dent à la carie est très variable d'une famille à l'autre, et d'une race à l'autre. Cela est certainement dû aux habitudes alimentaires différentes (41).

### **1.7.2. L'hygiène buccodentaire**

Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré est la mesure d'hygiène dentaire individuelle la plus utilisée pour prévenir la carie. En nettoyant efficacement les dents de manière à éliminer la plaque dentaire, la production d'acides responsables de la déminéralisation à terme de l'émail serait réduite (42).

#### **Le brossage des dents (43) :**

- a un rôle mécanique d'élimination du film bactérien, des résidus alimentaires;
- permet un massage des muqueuses gingivales (prévient les gingivites) ;
- sert de vecteur à la pâte dentifrice.

Dès l'apparition des premières dents, le nettoyage des surfaces dentaires doit être pratiqué par les parents. Lorsque l'enfant devient autonome, il se brosse les dents sous le contrôle parental.

#### **La brosse à dent est à usage individuel :**

- la tête est petite, adaptée à l'étroitesse de la cavité buccale ;
- les fibres sont souples, à extrémité mousse : il ne faut pas agresser la gencive;
- le dentifrice est déposé sur la brosse sèche ;
- la brosse est stockée après usage et rinçage en position verticale, tête en haut, afin de permettre le séchage.

### **1.8. Technique de brossage buccodentaire**

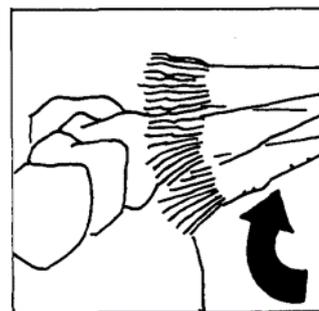
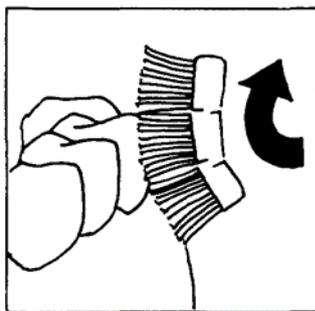
Commencer par brosser la face supérieure des dents (en haut et en bas) par un mouvement d'avant en arrière. Pour le brossage des faces externes et interne des dents, la brosse doit être inclinée à 45° sur la jonction entre la gencive et la dent. Un mouvement de « rouleau » est réalisé 2 à 3 fois par dent pour éjecter la plaque dentaire. Pour plus de facilité au niveau de la face interne des dents de devant, la brosse sera placée verticalement et un mouvement vertical est réalisé en allant de la gencive vers la dent. Pour parfaire l'hygiène buccale, brosser doucement la langue et les gencives pour bien les nettoyer. Un fil dentaire doit

également être passé régulièrement entre les dents, en prenant soins de ne pas abîmer la gencive (44).

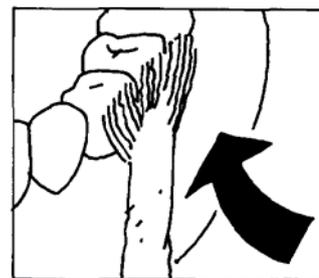
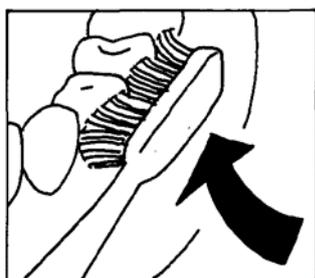
### Méthode de brossage (45)



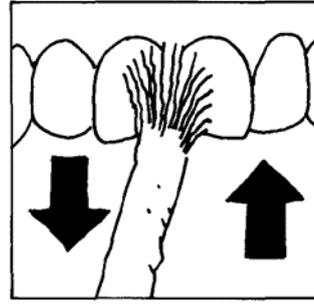
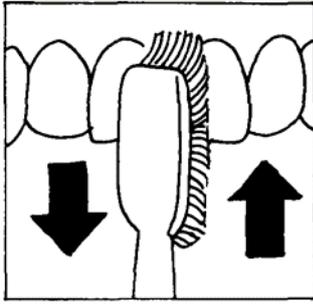
Avec la brosse à dents avec le bâtonnet frotte-dents



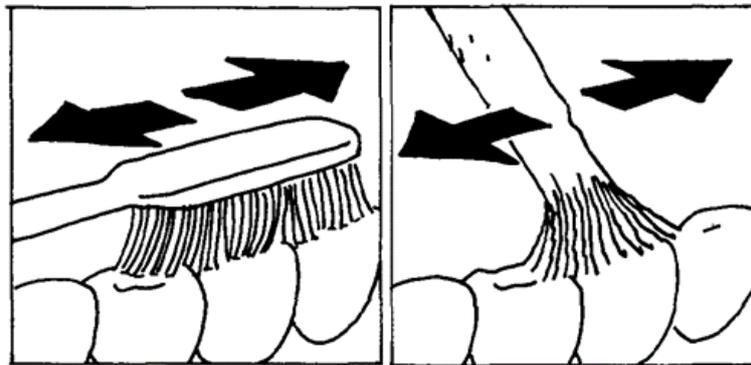
Brosser toujours de la gencive vers la dent mais jamais horizontalement



Brosser du « rouge vers le blanc » (45)

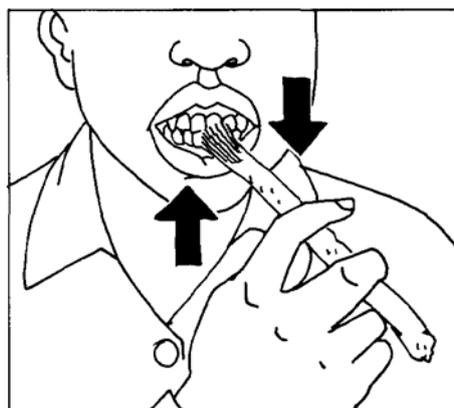


Brosser les dents sur toutes leurs faces, en utilisant la brosse verticalement pour les dents antérieures (45)

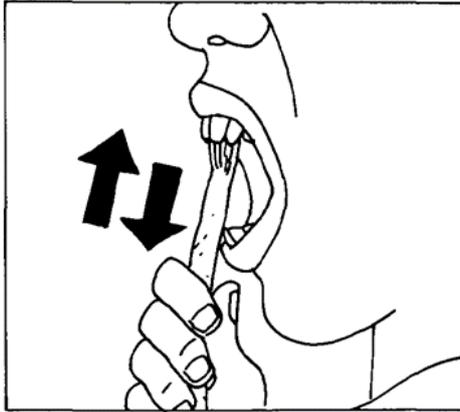


Brosser avec un mouvement horizontal sur la face occlusale des molaires (45).

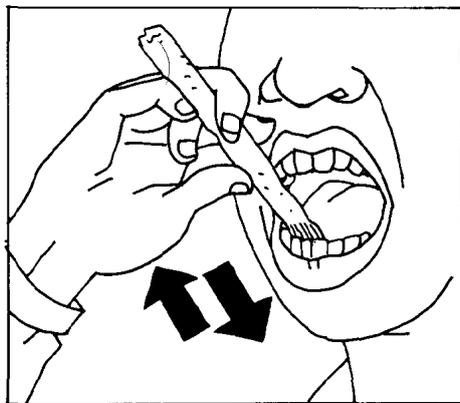
### Méthode de brossage avec le bâtonnet frotte-dents



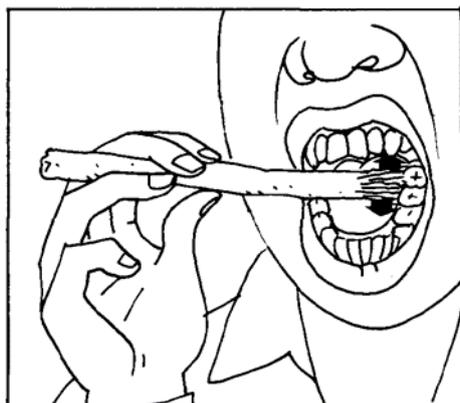
Face vestibulaire incisives (26)



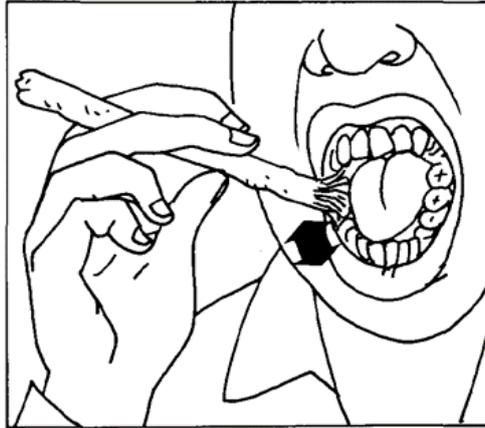
Face palatine incisives supérieur (26)



Face linguale incisives inférieures



Face linguale molaires mandibulaires



Face occlusale molaires mandibulaires (45).

## **C. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude**

Notre étude, s'est déroulée au Centre de Santé de Chérifla de Banconi Dianguinebougou , situé dans la commune I du district de Bamako.

La commune I est comprise entre le 12°72 et 12°62 de latitude nord et les 8 et 7°9 de longitude ouest. Elle a une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie du District de Bamako. Elle fut Créée par l'ordonnance N°78-32/CMLN du 18 Août 1978, modifiée par la loi N°82-2/ AN/RM du 02 Février 1982.

La Commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie nord-est de Bamako, elle est limitée par :

- Au nord par le Cercle de Kati (Commune de Dialakorodji) ;
- Au sud par une portion du fleuve Niger ;
- A l'ouest par le marigot « Banconi » (limite avec la Commune II) ;
- A l'est par le Cercle de Kati et le marigot de Farakoba.

### **Carte géographique de la commune I**

Elle est constituée de neuf (9) quartiers ayant chacun à leur tête un Chef de quartier.

Le quartier de Banconi est subdivisé en six secteurs : Banconi-Salembougou, Banconi-Flabougou, Banconi-Plateau, Banconi-Dianguinébougou, Banconi-Layebougou et Banconi-Zékénékorobougou. A la tête de chaque secteur se trouve un Chef Secteur.

La population de la Commune I du District de Bamako est estimée en 2019 à 337 218 habitants, toutes les ethnies du Mali y sont représentées. Il s'agit principalement de Bambara, de Peuhl, de Malinké, de Soninké, de Sonrhäi, de Dogon et de Bobo.

## **Présentation du Centre de Santé Chérifla**

Inauguré le 27 mars 2009 par Son Excellence le Président de la République, Monsieur Amadou Toumani TOURE et le Ministre de la Santé, Monsieur Oumar Ibrahim TOURE, le Centre de Santé (CS) Chérifla est un centre confessionnel réalisé par l'association islamique « Ançar Dîne International » pour atténuer la souffrance de nos populations en matière de santé. Situé au nord du quartier Banconi, le centre couvre une superficie de 80 m<sup>2</sup> et se trouve à 100 mètres de la route de Kognoumani et couvre une population de 25 901 habitants.

## **Structure et organe**

Le centre est composé d'un bloc à deux étages repartis en différents services de prestation qui sont :

- Unité Odontostomatologie
- Unité d'accueil et orientation ;
- Les bureaux de consultations de médecine générale (2 salles avec 2 toilettes) ;
- Unité d'imagerie médicale dont : l'échographie, la radiographie et la fibroscopie ;
- Unité de bloc opératoire avec 6 salles dont 2 salles d'opérations.
- Maternité constituée par :
  - Une salle de consultation pré natale ;
  - Une salle de planification familiale ;
  - Une salle d'accouchement avec 4 lits
  - Une salle pour les suites de couche ;
- L'unité PEV ;
- Le laboratoire ;
- Pharmacie ;
- L'unité de soins ;

- L'unité d'observation et d'hospitalisation des malades (au nombre de 6 salles avec 36 lits).

## **2.2. Type et Période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive basée sur le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire allant d'Aout 2019 à janvier 2020 soit 6 mois.

## **2.3. Population d'étude**

La population étude était constituée de toutes les femmes enceintes reçues en consultation prénatale et ayant acceptée de participer à l'étude.

## **2.4. Critères de sélection**

### **➤ Critère d'inclusion**

Toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale ayant acceptée de répondre au questionnaire et d'être examiné.

### **➤ Critère de non-inclusion**

Toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale n'ayant pas acceptée de répondre au questionnaire et d'être examiné.

## **2.5. Echantillonnage**

Notre échantillonnage a été du type exhaustif avec une taille de 210 cas.

## **2.6. Outil de collecte**

La collecte des données été fait sur le respect de consultation prénatale et la fiche d'enquête individuelle.

## **2.7. Saisie et analyse des données**

Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 22.0 et saisies avec le Microsoft Word et Excel

## **2.8. Déroulement de l'enquête**

Le cabinet dentaire fait face au lieu de la CPN. Nous avons procédé dans un premier temps à l'administration des questions de la fiche d'enquête individuelle puis procédé à l'examen buccodentaire dans un second temps.

L'examen bucco-dentaire a été effectué sur le fauteuil au niveau du cabinet avec un plateau contenant une sonde dentaire, un miroir dentaire et une precelle.

## **2.9. Éthique et déontologie**

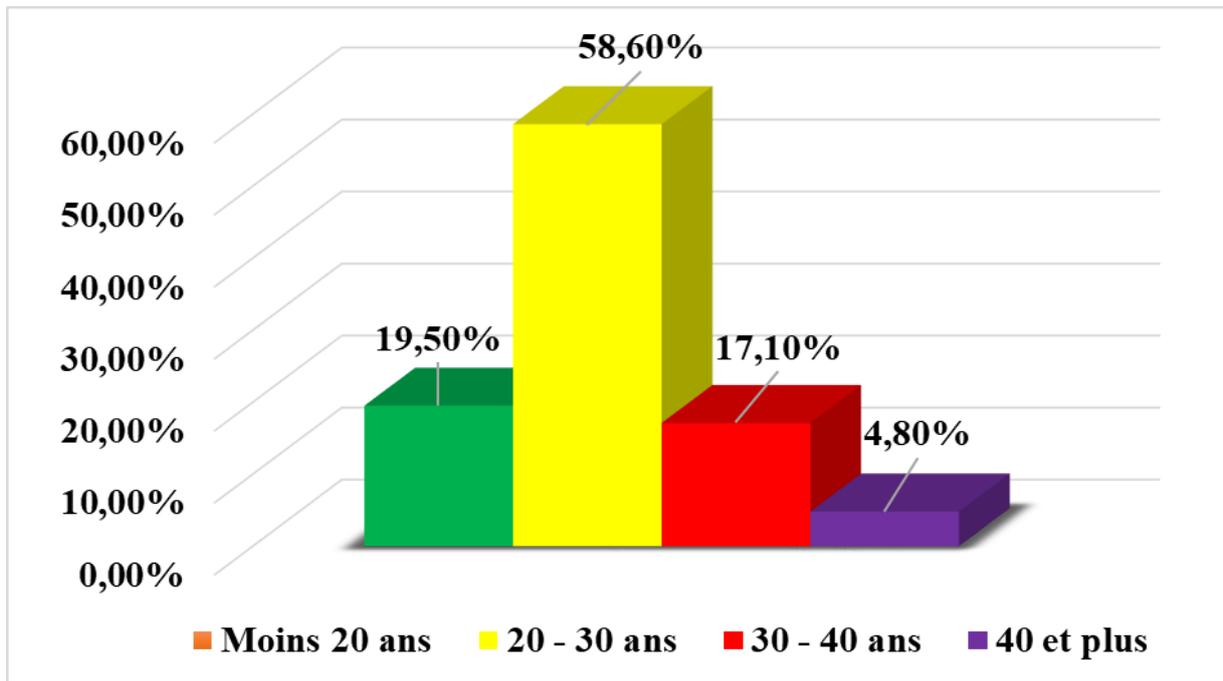
Le consentement verbal libre et éclairé a été obtenu de chaque patiente avant l'interrogatoire. Le caractère confidentiel et l'anonymat ont été de rigueur. Les principes de l'éthique (respect de la personne, bienfaisance, justice) ont été respectés et des considérations culturelles.

## **Retombées scientifiques**

L'étude permettra d'informer les femmes enceintes sur l'hygiène buccodentaire en consultation prénatale, d'élaborer un plan de traitement issu des besoins de traitement. Cette étude va renforcer la prise en charge pluridisciplinaire et interprofessionnelle et contribuer fortement à l'amélioration de la santé de nos patientes

## D. RESULTATS

### 3.1. Caractéristiques Sociodémographiques



**Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge**

Âge moyen =  $25,24 \pm 6,301$  ans

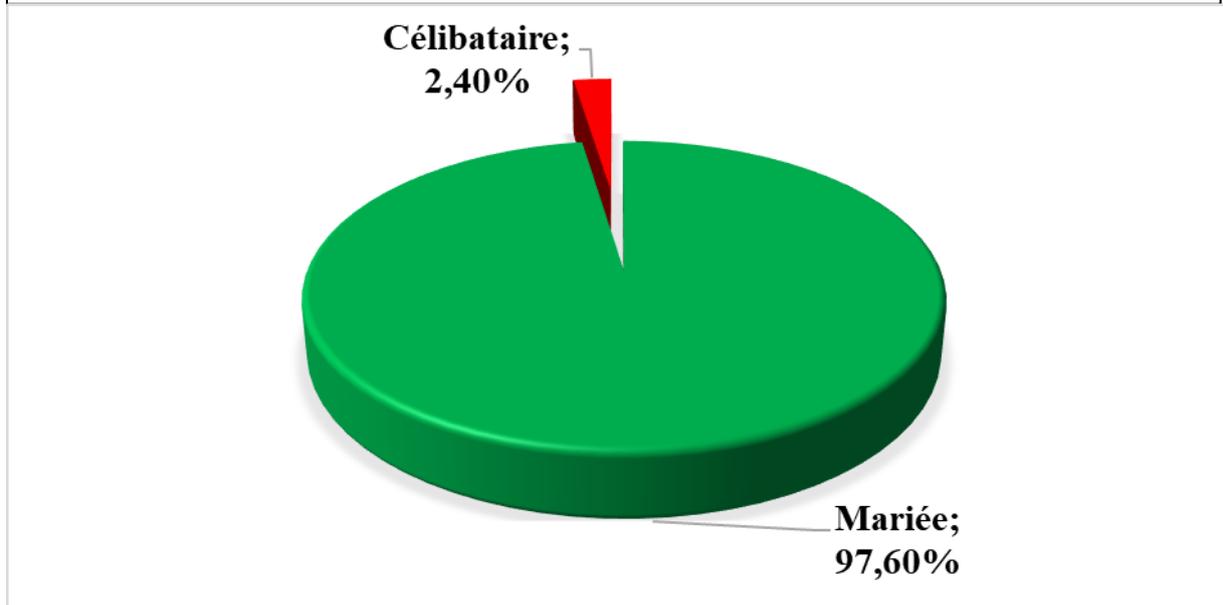
La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 30 ans soit 58,6% des cas avec des extrêmes allant de 16 à 44 ans.

**Tableau I : Répartition des patientes en fonction du lieu de résidence.**

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Banconi</b>	<b>130</b>	<b>61,9</b>
Dialakorodji	35	16,7
Nafadji	8	3,8
Sikoroni	6	2,9
Hyppodrome	4	1,9
Fadjiguila	3	1,4
Marseille	2	1,0
Sorakabougouni	2	1,0
Yirimandjo	2	1,0
Autres	18	8,4
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

**Autres** : Diamassafougou (5), Djélibougou (4), Doumazana (3), Kalaban coro (2), Kognoumami (4).

Plus de la moitié de l'échantillon provenait du quartier de Banconi soit 61,9% des cas.



**Figure 10: Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale.**

Nos participantes étaient mariées soit (97,6%) des cas.

**Tableau II: Répartition des patientes en fonction de l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>83</b>	<b>39,5</b>
Peulh	34	16,2
Soninké	19	8,6
Dogon	17	8,1
Malinké	15	7,1
Sénoufo	7	3,3
Forgeron	6	2,9
Sonrhäi	5	2,4
Mianka	5	2,4
Dafing	5	2,4
Bozo	4	1,9
Bobo	3	1,4
Autres*	7	3,8
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

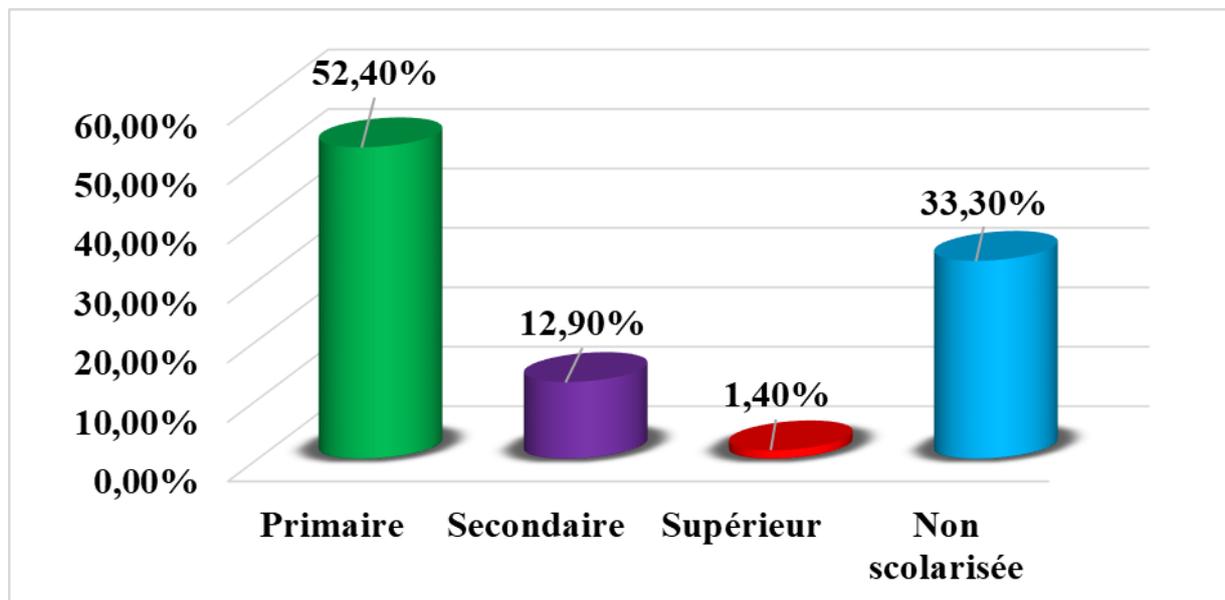
L'ethnie Bambara a été majoritaire soit 39,5% des cas suivi des Peulhs avec 16,2 % des cas.

**Autres :** Kakolo (2), Somono (1), Maure (3), Touareg (1).

**Tableau III : Répartition des patientes en fonction de leur profession**

Profession	Effectif	Pourcentage(%)
Femme au foyer	127	60,5
Commerçante	47	22,4
Profession libérale	16	7,6
Elève/Étudiante	11	5,2
Enseignante	3	1,4
Vendeuse	6	2,9
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

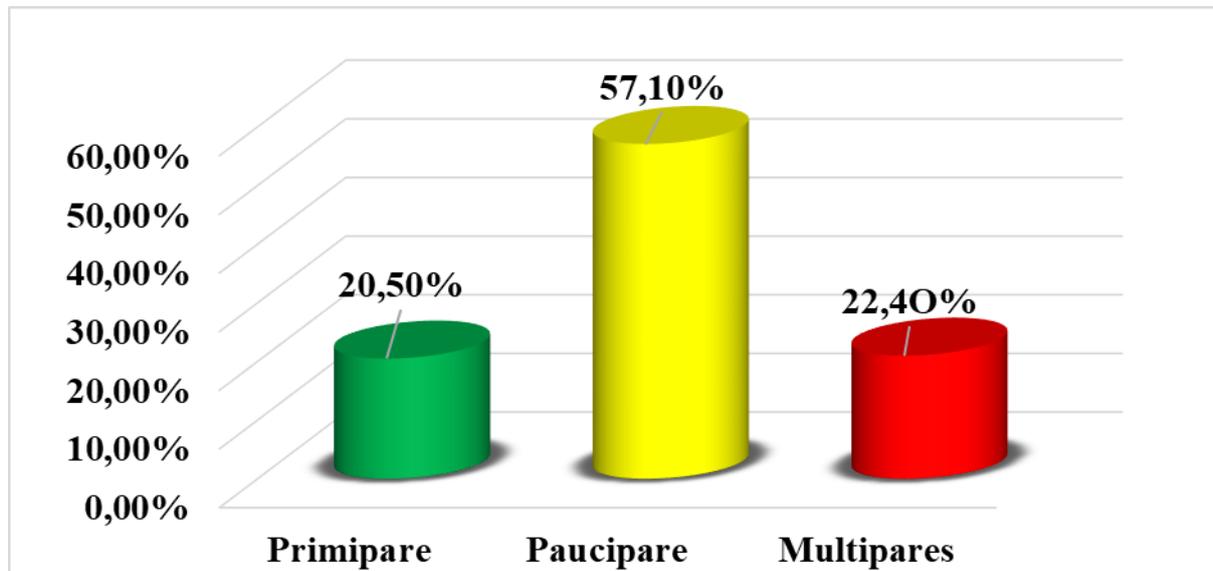
Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 60,5 % des cas



**Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de leur niveau d'étude**

Les Non scolarisées ont été les plus représentés dans 33,3% des cas.

### 3.2. Examen clinique



**Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de la parité**

Nos participante étaient des paucipares dans 57,1% des cas, suivi des multipares dans 22,40% des cas.

### 3.3. Indice CAO et parodontal

**Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de l'indice de plaque dentaire**

Indice de plaques dentaires	Effectif	Pourcentage(%)
0=Pas de plaques	90	42,9
1=Dépôt de plaques visibles	79	37,6
<b>2=Dépôt de plaques couvrants le 1/3 cervical</b>	<b>20</b>	<b>9,5</b>
3=Dépôt de plaques abondants +1/3 cervical	21	10,0
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

Nos patientes avaient respectivement un dépôt de plaque couvrant 1 / 3 cervical et un dépôt de plaque abondant +1/3 cervical soit 9,5% et 10% des cas

**Tableau V : Répartition des patientes en fonction de l'indice gingival**

<b>Indice gingival</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Saignement gingival	86	40,9
Pas de saignement gingival	38	18
Inflammation modérée	47	22,3
Inflammation sévère	39	18,5

La moitié de nos patientes n'avait pas de saignement gingival soit 40 ,9% des cas.

**Tableau VI : Répartition des patientes en fonction le degré de mobilité**

<b>Degré de mobilité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>0=Physiologique</b>	<b>104</b>	<b>49 ,5</b>
1=Mobilité inférieure à 1mm	12	5,7
2=Mobilité supérieure à 1mm	11	5,2
3=Mobilité supérieure à 1mm	41	19,6
4=Mobilité axiale ou verticale	42	20
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

La patientes avait une mobilité axiale ou verticale soit 20% des cas.

**Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des pathologies observées**

<b>Pathologies observées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Halitose</b>	<b>80</b>	<b>38,1</b>
Malocclusion	30	14,3
Aphte	25	11,9
Fluorose	12	5,7
Abcès	8	3,8
Saignement	55	26,2

L'halitose a été la pathologie la plus observée avec 38,1% des cas

**Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'indice CAO**

<b>Dent CAO</b>		<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Cariée	Non	31	14,8
	<b>Oui</b>	<b>179</b>	<b>85,2</b>
Absente	Non	98	46,7
	Oui	112	53,3
Obturée	Non	59	28,1
	<b>Oui</b>	<b>151</b>	<b>71,9</b>

La dent cariée a été la plus représentée soit 85,2% des cas suivie des dents obturée soit 71,9% des cas.

Nombre dents cariées = 179

Nombre dents absentes = 112

Nombre dent obstruée = 151

Nombre de la dent suspecte examinés = 210

Nombre total dents CAO = 179+112+1451= 442

Incidence CAO se calcule de la façon suivante :

$$\text{Indice CAO} = \frac{\text{nbre de CAO}}{\text{Population à examiner}} \implies \text{Indice CAO} = \frac{442}{210} = 2,10.$$

### 3.4. Connaissances

**Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du degré de connaissance sur HBD**

Degré de connaissance de HBD	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Oui (suffisamment ou pas suffisamment)</b>	<b>115</b>	<b>54,8</b>
<b>Non</b>	<b>89</b>	<b>42,4</b>
<b>Ne sais pas</b>	<b>6</b>	<b>2,9</b>
Total	210	100,0

La plus de la moitié nos participante ayant entendu parler de l'hygiène buccodentaire soit 54,8 % des cas.

**Tableau X : Répartition des patientes en fonction des sources d'informations**

<b>Sources d'information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Télévision</b>	<b>67</b>	<b>31,9</b>
Radio	50	23,8
Ami(e)s	40	19,04
Agents de santé	37	17,61
Autres*	16	7,61

La source d'information sur l'hygiène la plus évoquée était la télévision soit 31,9% des cas et suivi de la radio division soit 23,8% des cas.

**Autres :** l'école (2), causerie. (1)

**Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de leur connaissance sur**

<b>Personnes les Plus exposés à une mauvaise hygiène buccodentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Celles qui ne se brossent pas</b>	<b>152</b>	<b>72,4</b>
Enfants	18	8,6
Pauvres	10	4,8
Femmes	1	0,5
Hommes	1	0,5
Personne âgée	50	23,8
Ne sais pas	2	1,0

**les personnes les plus exposés à une mauvaise hygiène buccodentaire.**

Les personnes les plus exposées à une mauvaise hygiène buccodentaire étaient celles qui ne se brossent pas soit 72,4% des cas.

**Tableau XII : Répartition des patientes en fonction des conséquences engendrées par un manque d'hygiène buccodentaire**

<b>Conséquences</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Carie dentaire</b>	<b>167</b>	<b>79,5</b>
Halitose	116	55,2
Gingivite	37	17,6
Abcès	55	26,2
Parodontite	5	2,4
Cancer buccal	1	0,5
Noma	1	0,5
Maux de ventre	16	7,6
Vomissement	1	0,5
Ne connaît pas	1	0,5
Douleur	67	31,9

Les conséquences engendrées par un manque d'hygiène buccodentaire les plus cités étaient la carie dentaire soit 79,5% des cas chaque patiente peuvent répondre plusieurs à la fois

**Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction des mesures de prévention des MBD**

<b>Prévention des maladies buccodentaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Oui</b>	<b>201</b>	<b>95,7</b>
Non	6	2,9
Je ne sais pas	3	1,4
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patientes connaissait les mesures de prévention des MBD soit 95,7% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction des moyens de**

<b>Moyens de prévention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Utiliser les pates dentifrices</b>	<b>183</b>	<b>87,1</b>
<b>Brosser les dents après chaque repas</b>	<b>170</b>	<b>81,0</b>
Consommer moins de sucre	19	9,0
Avant de manger	10	4,8
Eviter de grignotes entre les repas	4	1,9
Se brosse au réveil le matin	1	0,5
De se brosse après le repas	<b>18</b>	<b>8,6</b>

**prévention**

L'utilisation des pates dentifrices et le brossage des dents après chaque repas étaient les moyens de prévention les plus représentés avec respectivement 87,1% et 81% des cas. Certaines personnes avaient deux ou plusieurs choix

**Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des moyens d'éradication des MBD**

<b>Moyens d'éradication des maladies buccodentaires (carie dentaire)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Aller voir un dentiste	71	33,80
Automédication	68	32,38
Aller voir un tradithérapeute	48	22,9

**Ne sais pas**

**23**

**10,95**

Nos patientes disaient « ne sait pas » les moyens d'éradication des MBD soit 10,95 %

### 3.5. Attitudes



**Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de l'atteinte des MBD dues à une mauvaise hygiène buccodentaire.**

Les patientes n'ayant pas connaissance des MBD liées à une mauvaise hygiène BD, ont été les représentées, soit 48,60% des cas et celles qui n'en savent pas du tout, ont représenté 1,9% des cas.

**Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de leurs attitudes devant une maladie buccodentaire**

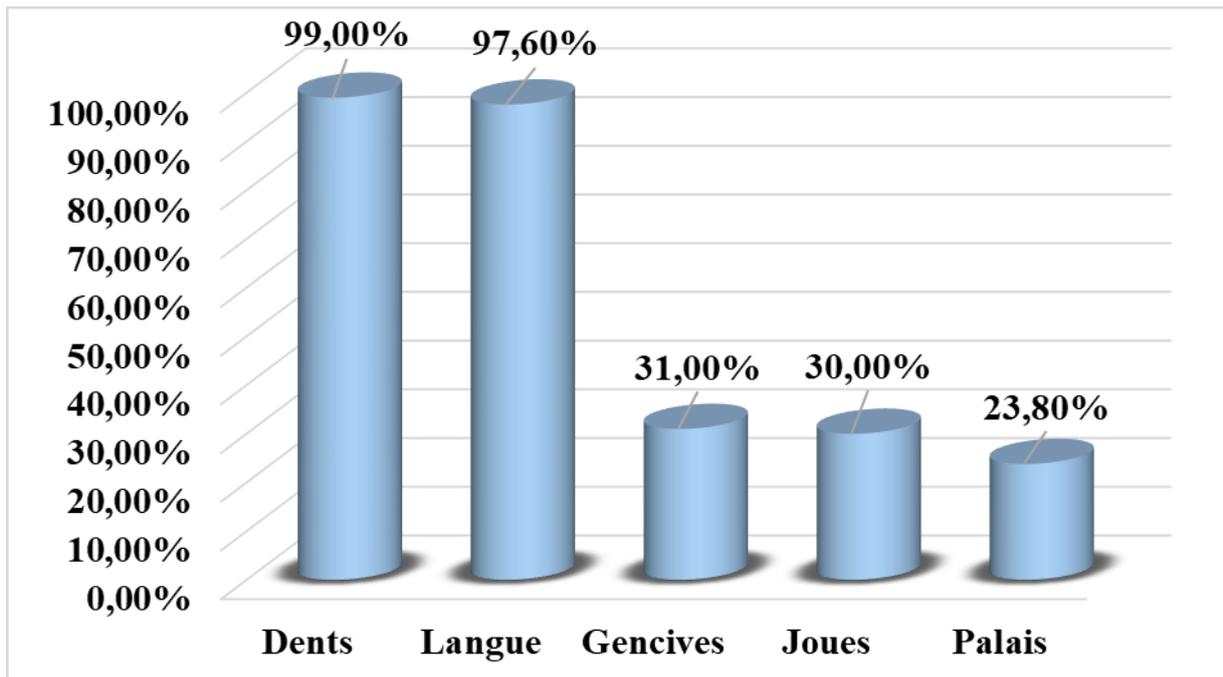
<b>Attitude devant une maladie buccodentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Centres de santés</b>	<b>80</b>	<b>38,3</b>
Automédication	30	14,2
Tradipraticiens	25	11,9
Pharmaciens	48	22,8
Fumigation	20	9,5
Maraboutisme	7	3,3

Plus de la moitié avait confirmé d'aller à un centre de santé soit un taux de 38,3% de cas.

**Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du conseil donné à une personne qui à MHBD**

<b>Conseil pour une personne ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Se brosser les dents après chaque repas</b>	<b>180</b>	<b>85,7</b>
Se brosser après le manger	33	15,7
D'aller se faire consulter chez le dentiste	25	11,9
De ne plus consommer trop sucrer	13	6,2

La majorité de nos patients soit 85,7% conseillaient aux personnes ayant une mauvaise hygiène buccodentaire de se brosser après chaque repas.



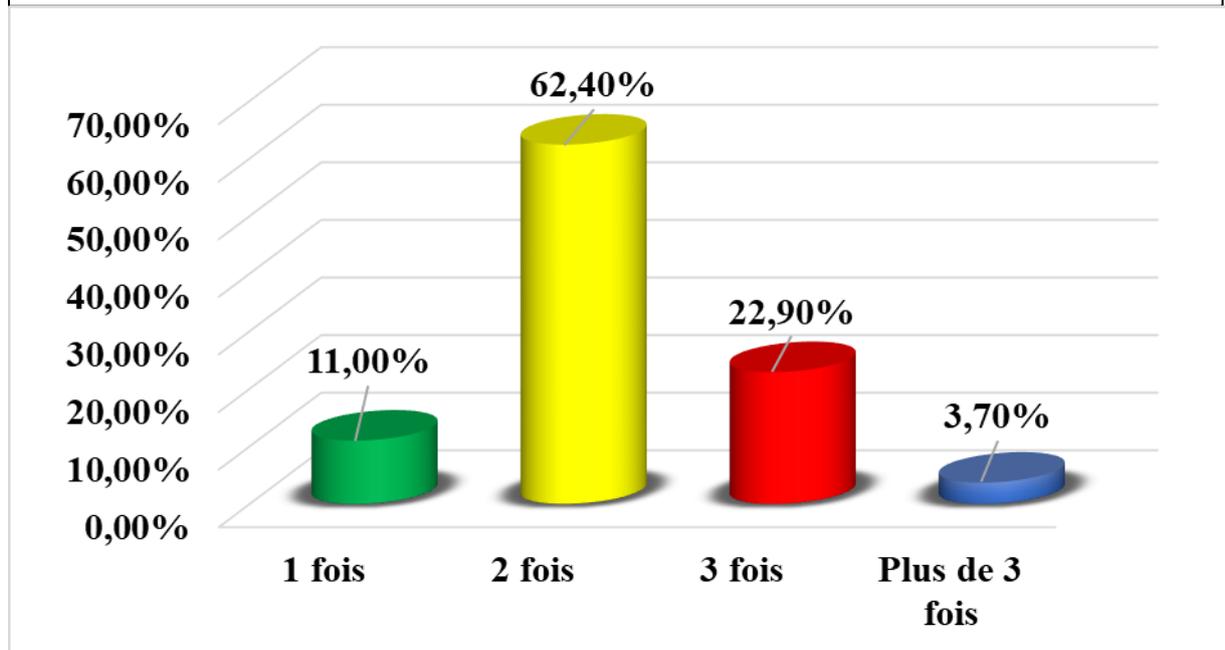
**Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de la connaissance des éléments de la bouche à assainir.**

La quasi-totalité de nos patientes désignaient que la dent et la langue comme l'élément de la bouche à assainir respectivement dans 99% et 97,6%.

#### **Narration 1 :**

#### **Répartition des patients en fonction du brossage des dents.**

Toutes nos patientes se bossaient les dents.



**Figure 14 : Répartition des patientes en fonction du nombre de brossage journalière**

La majorité de nos patientes soit 62,4% se brossaient la bouche deux fois par jour.

**Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du moment privilégié de brossage journalier**

Moment privilégié	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Matin et soir</b>	<b>121</b>	<b>57,6</b>
Matin, midi, soir	52	24,8
Matin	31	14,8
Midi	2	1,0
Matin et midi	3	1,4
Midi et soir	1	0,5
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Le moment privilégié du brossage journalier, a été le matin et soir avec 57,6%des cas.

**Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction du moment du brossage des dents en fonction des repas**

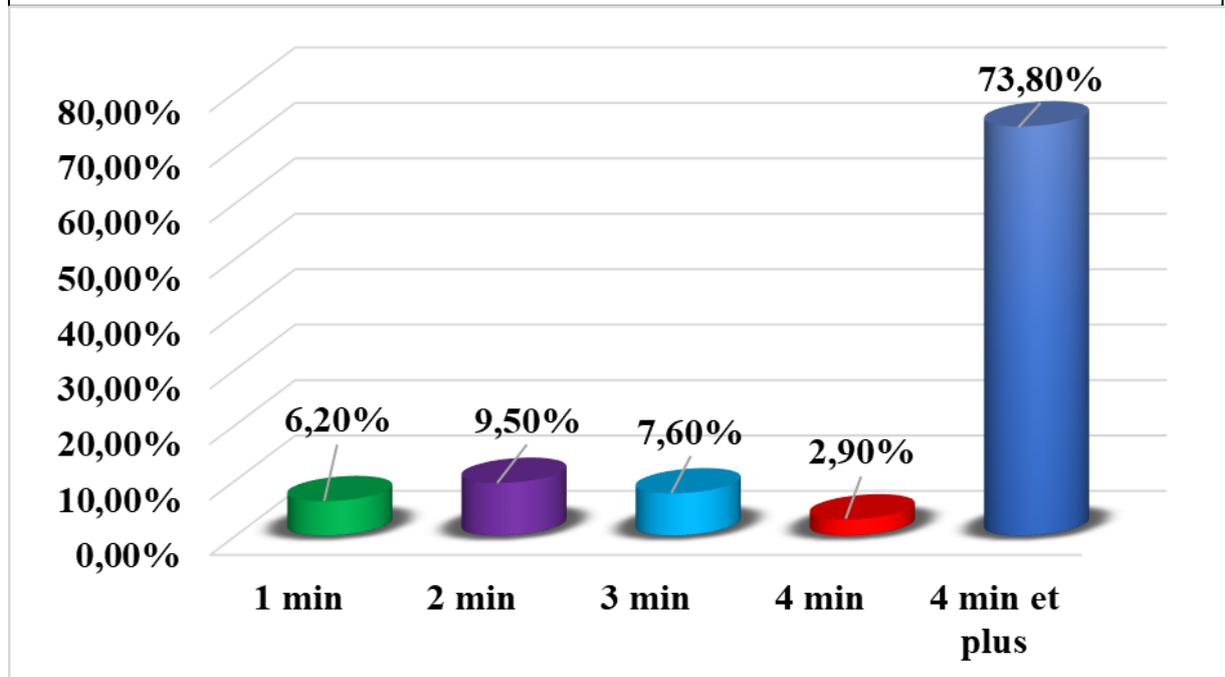
<b>Moment du brossage des dents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Avant et après le repas	164	78,1
<b>Avant le repas</b>	<b>32</b>	<b>15,2</b>
Après le repas	14	6,7
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Le moment de brossage des dents le plus cité par ces femmes était avant le repas soit 15,2 % des cas.

**Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de la technique de brossage**

<b>Technique de brossage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Verticalement	19	9,0
<b>Horizontalement</b>	<b>149</b>	<b>71,0</b>
Les deux	42	20,0
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

La technique de brossage horizontale a été la plus utilisée soit 71% des cas.



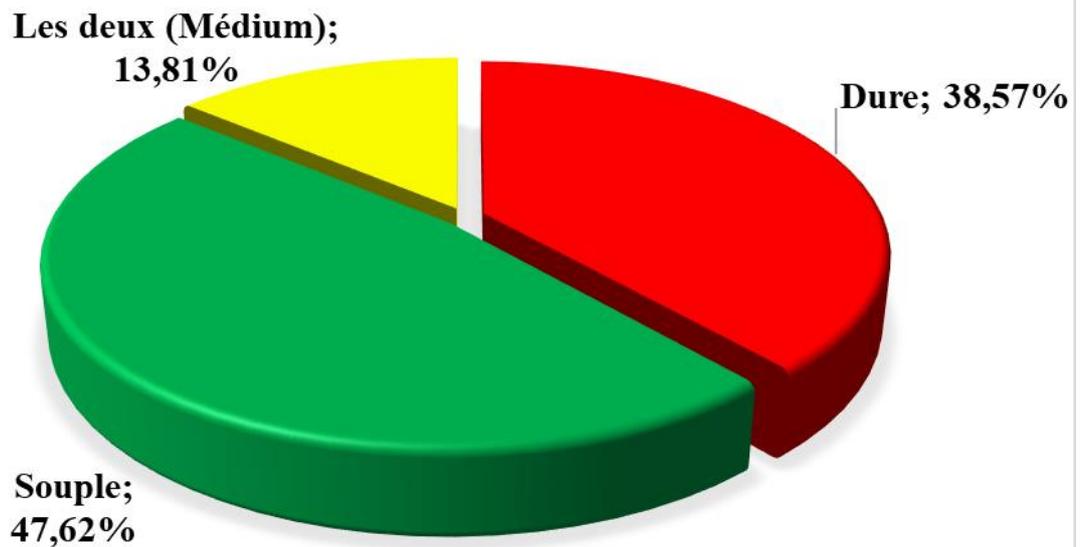
**Figure 15 : Répartition des patientes en fonction du temps de brossage.**

Quatre minutes et plus a été le temps le plus utilisé dans 73,8% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du matériel de brossage la plus utilisé.**

Matériel utilisé	Effectif	Pourcentage(%)
Batônnets frotte dent	6	2,9
Brosse à dent	75	35,7
<b>Les deux</b>	<b>129</b>	<b>61,4</b>
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Les deux (brosse à dent + Bâtonnets frotte dent) étaient le matériel de brossage la plus utilisé avec 61,4% des cas.



**Figure 16 : Répartition des patientes en fonction de la qualité de la brosse utilisée.**

La brosse à dent souple était la qualité de brosse la plus utilisée soit 49% des cas.

## **E. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Nous avons mené une étude transversale, descriptive, basée sur le niveau de connaissance de l'hygiène bucco-dentaire chez les femmes enceintes en consultation prénatale pendant 6 mois au centre de santé de Cherifla de Banconi Dianguinebougou.

### **4.1. Caractéristiques Sociodémographiques**

#### **4.1.1. Sexe**

La population étudiée était composée de 210 personnes essentiellement de sexe féminin. Ce résultat est supérieur celui de Tchonang M (46) qui avait apporté en 2013 au CHU-Gabriel TOURE au Mali 208 cas dans son étude. Cela pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillonnage qui est plus élevé dans notre étude.

#### **4.1.2. Age**

La tranche d'âge la plus représentée était 20 à 30 ans soit 58,6% des cas avec une moyenne d'âge 30 ans et des extrêmes allant de 16 à 44 ans.

Ce résultat est superposable à celui de Llana C et al (1) qui ont rapporté un âge moyen de  $31,42 \pm 5,43$  ans dans leur étude réalisée en 2019 en Espagne portant sur la Connaissances en santé bucco-dentaire et facteurs connexes chez les femmes enceintes fréquentant un centre de soins primaires. De même Vergnes J-N (45) qui a trouvé respectivement une moyenne d'âge de 30,4 ans ( $\pm 5,26$ ).

Une étude récente basée sur la connaissances, attitudes et pratiques en santé bucco-dentaire des femmes enceintes réalisée en 2022 en Inde par Javali MA et al (1) qui a signalé un âge moyen de  $26,1 \pm 5,6$  ans.

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une part cette tranche d'âge se situe dans la période d'activité obstétricale par excellence et d'autre part par différence de la taille d'échantillon.

#### **4.1.3. Statut matrimonial**

La majorité de nos participantes était mariée avec 97,6% des cas. ce résultat concorde avec celui de Ifesanya JU et al (1) qui ont révélé une proportion de 93% de cas femmes enceintes mariées dans leur étude portant sur les déterminants d'une bonne hygiène bucco-dentaire chez les femmes enceintes au Nigéria en 2010. Vergnes J-N (45) qui a trouvé 57,3% des femmes mariées. Ceci est différent de l'étude réalisée dans le sud-ouest de Sydney [22], où plus de la moitié des participants étaient célibataires. Cela pourrait s'expliquer par la différence de culture et de mode de vie.

#### **4.1.4. Ethnie**

L'ethnie Bambara a été majoritaire avec 39,5% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la configuration ethnique de la zone c'est-à-dire le cadre d'étude situé dans le commune I du district de Bamako.

#### **4.1.5. Niveau d'instruction**

Selon l'EDS-VI Mali 2018, deux tiers des femmes de 15-49 ans (66 %) n'ont aucun niveau d'instruction. Seulement 2% des femmes ont un niveau d'instruction supérieur. Dans l'ensemble, 28 % des femmes sont alphabétisés.  
(1)

Dans notre étude les non scolarisés ont représentés 33,3% des cas. ce résultats est différent à celui de Llena C et al (1) qui ont enregistré un taux de 57,6% des femmes enceintes ayant un niveau secondaire.

Ifesanya JU et al (1) ont apporté 59,8% des femmes avec un niveau éducation secondaire. En 2018 en Zambie, Kabali TM et al (1) ont noté un taux de 60,4% des cas de niveau éducation primaire dans leur étude basée sur la Connaissance des maladies parodontales, des pratiques d'hygiène bucco-dentaire et des problèmes parodontaux autodéclarés chez les femmes enceintes et les mères postnatales fréquentant les cliniques de santé reproductive et infantile.

Selon la littérature, l'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes s'améliore de manière significative à mesure que leur niveau d'éducation augmente. (1)

Ce taux de non scolarisation élevé des femmes enceintes peut s'expliquer dans notre contexte d'une part par le fait qu'une femme enceinte instruite est plus susceptible de développer un comportement de bien-être et d'utiliser les services de soins de santé.

#### **4.1.6. Profession**

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 60,5 % des cas. Ce résultat s'expliquerait par le fait que la structure sanitaire se localise dans un quartier très sensible où vivent des femmes au foyer à revenu intermédiaire sinon précaire, alors que dans le district de Bamako, les femmes à revenu satisfaisant se font de plus en plus consultées dans les cabinets ou polycliniques privés.

### **4.2. Examen clinique**

#### **4.2.1. Antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux**

L'ulcère gastroduodéal a été l'antécédent médical le plus représenté avec 18,1% des cas et la césarienne a été le seul antécédent chirurgical retrouvé avec 2,9% des cas. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Konaké I (47) qui a trouvé les respectivement 26,07% des cas d'ulcère gastroduodéal et 20,31% des cas de césarienne. Cette différence pourrait s'expliquer par le choix de la population d'étude qui vit dans des conditions précaires.

#### **4.2.2. Parité**

Les parturientes étaient paucipares dans 57,1% des cas, suivi des multipares dans 21% des cas. Ce résultat est différent à celui de Vergnes J-N (45) qui a trouvé 56,1% des cas de primipares et 43,9% de multipares.

### **4.3. Indice CAO et parodontal**

Concernant l'indice de plaque de nos femmes enceintes, soit 42,9% des cas avaient un indice de plaque 0 (pas de plaque) suivies de celles qui avaient un indice de plaque 1 (Dépôt de plaques visibles) avec un taux de 37,6%. Ces résultats sont différents de ceux de l'étude menée précédemment à Bamako par Tchonang M (46) qui estimait que 67,8% des cas avaient besoin de soins parodontaux (enseignement à l'hygiène buccodentaire, détartrage et curetage) et Dongmo HJ (48) en 2019 qui rapportait une majorité d'indice de plaque 1 à un taux de 48,4%.

Le saignement gingival avait concerné la majorité de nos parturientes, soit 81,9% des cas ce qui corrobore avec l'étude de Tchonang M (46) sur les manifestations parodontales chez la femme enceinte en consultation prénatale dans le service de gyneco-obstetrique du CHU Gabriel Touré avec 94% des cas.

Des pathologies buccodentaires de nos femmes enceintes ont été principalement : halitose (38,1%), mobilité dentaire (30,5%), malocclusion (14,3%) et aphte (11,9%).

Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Tchonang M (46) qui avait identifié : halitose (33,7%), malocclusion (29,9%), fluorose (7,6%), mobilité dentaire (3,8%), abcès (2,7%) ; d'aphte (2,7%). Cela démontre l'importance des visites régulières chez le dentiste pour une meilleure sensibilisation et apprentissage à l'hygiène bucco-dentaire.

Concernant l'indice CAO, les dents cariées ont été les plus retrouvées avec 85,2% des cas suivie des dents obturées avec 71,9% des cas et les dents absentes avec 53,3% des cas.

Dongmo HJ (48) dans son étude sur l'état bucco-dentaire des élèves du lycée Alfred Garçon du district de Bamako avait collectés 62,5% dents cariées, 17,7% dents absentes et 8,3% dent obturée. Cela s'expliquerait par un manque de

sensibilisation, de motivation à l'hygiène buccodentaire ou la pratique d'une mauvaise technique de brossage, surtout le retard dans la prise en charge rapide dans un service spécialisé.

#### **4.4. Connaissances**

##### **4.4.1. Sources d'information**

Dans notre étude, les sources d'information les plus évoqués étaient la télévision avec 31,9% des cas et radio diffusion soit 23,8% des cas. Le même constat a été fait par Eveline Nguimfack E (49) lors de son étude. Cela pourrait s'expliquer par les campagnes de sensibilisations médicales qui passent à travers les émissions télévisées.

##### **4.4.2. Exposition à une mauvaise hygiène buccodentaire**

La majorité de nos patientes ont évoqué que les personnes qui ne se brossent pas les dents sont les plus exposées avec 72,4% des cas. Ce résultat est différent de celui de Eveline Nguimfack E (49) qui a trouvé dans son étude que les enfants et les vieillards étaient les plus évoqués. Cette différence pourrait s'expliquer par le manque d'information et de sensibilisation ou par le défaut de moyens de communication.

##### **4.4.3. Moyens de prévention et moyens d'éradication des maladies buccodentaires en particulier de la carie dentaire**

La majorité de nos patients disait d'aller chez un dentiste ont été le moyen d'éradication des maladies buccodentaires soit 33,80% des cas. Ceux-ci pourraient expliquer par le fait que le dentiste est mieux placé à éradiquer la maladie buccodentaire.

#### **4.5. Attitudes**

La majorité de nos patientes étaient d'avis que la bonne hygiène buccodentaire permet de prévenir les maladies buccodentaires soit 89,5% tandis que 5,7%

avaient un avis contraire. Et 4,8% avaient affirmées ne pas savoir. Cela s'expliquerait par leur niveau de connaissance sur l'HBD.

Dans notre étude, les patientes qui pensaient que l'utilisation des brosses à dents est un moyen d'éradication des maladies buccodentaires ont représenté 81,4% des et celles qui avaient le même avis sur l'utilisation des pates dentifrices fluorées pour 22,9% c'était se brosser les dents après chaque repas. Cela s'expliquerait par le fait que le brossage de la bouche constitue un élément primordial de l'HBD et toute sensibilisation doit commencer par cet acte de brossage.

Notre étude nous a permis de savoir que 49,5% avaient déjà eu une maladie buccodentaire dues à une mauvaise hygiène, et 48,6% avaient admis n'avoir jamais eu une maladie buccodentaire et quand au 1,9% restant ignorait la maladie buccodentaire.

Parmi les patientes ayant déjà eu une maladie buccodentaire 38,3% d'entre elles admettent l'avoir traité dans un centre, 28,7% disent avoir usé l'automédication tandis que 20,2% disent l'avoir traité chez un tradipraticien.

Pour éviter les maladies buccodentaires 49,5% de nos patientes utilisent les pates dentifrices fluorées comme précaution pour éviter les maladies buccodentaires tandis que 9,5% mangent moins de sucre. 5,2% estiment que se brosser les dents avant chaque repas est une précaution prise pour éviter la maladie et pour 1,4% c'est éviter de grignoter. Cela s'expliquerait par le fait que la plaque dentaire joue un rôle important dans la survenue des maladies buccodentaires donc l'élimination et ou la diminution de la consommation en sucre sont des mesures importantes dans la prévention.

Dans notre étude 85,7% des personnes étudiées conseillent de se brosser les dents après chaque repas à toutes personnes ayant une mauvaise hygiène buccodentaire et 15,7% conseillent plutôt de se brosser les dents avant de

manger tandis que 11,9% conseillent d'aller chez un dentiste et 6,2% conseillent de ne plus manger trop sucré. Trois études récentes sur l'estimation de la fréquence de la carie chez la femme enceinte montrent des valeurs comprises entre 47% et 69% (50) (51) (47). Il est donc nécessaire de prendre des précautions.

- **Que conseillez-vous à une personne qui a une mauvaise hygiène buccodentaire**

Au sein de la population étudiée 54,3% des patientes disent avoir bénéficié des conseils sur l'hygiène buccodentaire contre 42,9% qui affirment le contraire et 2,9% qui prétendent ne pas se rappeler d'avoir bénéficié ou non des conseils sur l'hygiène buccodentaire. Cela s'expliquerait par le fait qu'au sein de l'équipe médicale qui consulte, il n'y a pas de chirurgien-dentiste d'où la non régularité de conseil sur l'HBD.

Les causes de la mauvaise hygiène buccodentaire sont nombreuses mais chez la plupart de nos patientes c'est le fait de ne pas se brosser les dents qui est le plus fréquent soit 75,7% des cas, mais aussi le fait de grignoter avec 70,5% des cas et le fait de manger trop sucré chez 25,7% et de la non utilisation des pâtes dentifrices pour 14,3% des cas. Parmi les autres causes citées de la mauvaise hygiène buccodentaire on note la consommation de l'alcool, du thé ou de la cigarette 2,9% et 1% des cas.

- **Nombre de brossage par jour et moment de brossage**

Le nombre de brossage par jour variait d'un individu à un autre mais la majorité soit 62,4% se brossaient 2 fois par jour. Ces résultats sont similaires à ceux de Vergnes J-N (45) qui ont trouvé 78,2% des cas étudiées qui se brossaient les dents plus d'une fois par jour. L'étude de Llena C et al (1) ont noté que 79,9 % des femmes se brossaient les dents au moins deux fois par jour.

La plupart des patientes soit 57,6% se brossaient matin et soir, 24,8% se brossaient matin, midi et soir, 14,8% d'entre elles se brossaient uniquement le matin pendant que 1% le faisaient juste à midi. Chez 78,1% des patientes le brossage de dent se faisaient avant et après chaque repas, pour 15,2% le brossage se faisait avant le repas tandis que pour 6,2% se faisait après le repas.

- **Technique de brossage**

La technique de brossage privilégié au sein de la population étudiée était le brossage horizontal celui-ci était pratiqué par 71% de nos patientes tandis que le brossage vertical lui n'était que pratiqué par 9% et 20% préféraient utiliser les deux techniques.

La plupart du temps chez nos patientes le brossage durait plus de 4 min c'était l'apanage de 73,8% de nos patientes. Pour 6,2% d'entre elle le brossage durait 1 min, 9,5% c'était 2 min, pour 7,6% c'était 3 min et pour 2,9% c'était 4 min. cela s'expliquerait par le fait que les patientes ne sont pas sensibilisées sur les techniques et temps de brossage buccal.

- **Matériel utilisé**

Dans notre étude nos patientes qui utilisaient uniquement les bâtonnets frotte dent ont représenté 2,9% cas et celles utilisant uniquement la brosse à dent ont représenté 35,7% des cas. Les patientes qui avaient une brosse à dents souple ont été représentés soit 49% et celles utilisant les brosses dures ont représenté 39,7% des cas. La majorité de nos patientes utilisaient les dentifrices fluorées dans 97,1% des cas. L'étude de Llena C et al (1) a rapporté que 56,8 % des femmes enceintes utilisaient un dentifrice fluoré.

## **CONCLUSION**

Cette étude nous a montré que la maladie buccodentaire est un problème majeur de santé publique et qu'elle prend de plus en plus de l'importance dans notre pratique quotidienne. Les maladies buccodentaires sont fréquentes chez la gestante. Les inflammations gingivales occupaient la part la plus importante.

Il serait intéressant d'établir des partenariats entre les professionnels de la santé de la reproduction, les chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels de la santé ; L'amélioration de l'état bucco-dentaire des femmes enceintes passe par la formation des agents de santé de la reproduction à la motivation et l'enseignement de l'Hygiène buccodentaire et avec un détartrage. Pour une bonne sensibilisation des femmes enceintes lors des consultations prénatales afin d'anticiper les problèmes liés à un mauvais état buccodentaire sur la grossesse, il faut nécessairement insister sur les moyens d'hygiène et les mesures de prévention des affections buccodentaires.

## **RECOMMANDATIONS**

À l'issue de ce travail nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux chirurgiens-dentistes**

- ✓ Informer les femmes enceintes sur l'importance de la consultation buccodentaire.
- ✓ Informer la femme enceinte de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur son état de santé et sur celui de son fœtus.
- ✓ Systématiser les détartrages au cabinet dentaire tous les 6 mois.

### **Aux gynécologues-obstétriciens et autres agents sanitaires de la reproduction :**

- ✓ Suivre des formations relatives à la santé bucco-dentaire de la femme enceinte.
- ✓ Motiver les patientes et les orienter vers le chirurgien-dentiste pour des consultations régulières et éventuellement maladies bucco-dentaires.

### **Aux autorités socio-sanitaires**

- ✓ Instaurer le bilan bucco-dentaire systématique dans la CPN.
- ✓ Instaurer des campagnes de sensibilisation des femmes enceintes pour le changement de comportement, dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire et nutritionnelle.

### **Aux femmes enceintes**

- ✓ Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire en se brossant après chaque repas avec une brosse à dent moderne et un dentifrice fluoré ou bâtonne frotte dents.
- ✓ Éviter les prises d'aliments sucrés entre les repas.
- ✓ Respecter les consignes données par le personnel soignant surtout pour les grossesses à risques.

## REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Santé bucco-dentaire (Internet). World Health Organisation .2012 (cité 24 mars 2022). Disponible sur : <http://WWW.Who.f>.
2. Munirah Yaacob, Helen V Worthington, Scott A Deacon et Chris Deery Powered versus manual toothbrushing for oral health, John Wiley & Sons, Ltd, 17 juin 2014 (DOI 10.1002/14651858.cd002281.pub3, lire en ligne) « Protéger ses dents avec du fluor », Ameli, 3 octobre 2011.
3. Les avenants à la convention nationale des chirurgiens-dentistes [Internet]. [Cité 24 mars. 2022]. Disponible sur : <http://WWW.ameli.fr>.
4. Association Dentaire Français. Les maladies parodontales, 2004.
5. Un lien établi entre infection des gencives et maladie d'Alzheimer. Fond Alzheimer 2018. <https://www.fondation-alzheimer.org/actualites/un-lien-etablientre-infection-des-gencives-et-maladie-dalzheimer/>.
6. INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Caries dentaires : améliorer la prévention au cours de la grossesse [Interne]. INSERM, institut national de la santé et de la recherche médicale .2012 (cité 6 déce2016). Disponible sur : <http://WWW.inserm.fr>.
7. Bouchard P, Collectif, Sanz M. Parodontologie & dentisterie implantaire : Volume 1, Médecine parodontale. Paris : Médecine Sciences Publications ; 2014 .682p .
8. R. Merger, J. Lévy, J. Melchior Précis d'obstétrique – Masson 6e édition – 2001 J. Lansac, C. Berger, G. Magnin – Obstétrique pour le praticien- Masson 5e édition – 2008.
9. Santé buccodentaire n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (accessed March 23, 2019).

10. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int Dent J* 2008; 58:115–21.
11. Oral Health in America A Report of the Surgeon General (Executive Summary) | National Institute of Dental and Craniofacial Research n.d. <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/surgeon-general> (accessed October 10, 2018).
12. L'association dentaire canadienne. WWW.CDA-ADC.CA-GLOBAL Http : l'état de la santé buccodentaire au Canada. Consulté le 08-04-2021 à 00h 11 min.
13. Quilichni, Dupui, Maynadier. La parodontologie. Fiche d'information. [Consulté le 24/0/2011] URL: <http://www.chirurgiemaxillofacialealbi.com/stomatologie/parodontologie>.
14. BERCY J, TENENBAUM H. Manuel de parodontologie du diagnostic à la pratique D. Boeck et Larcier, Paris, bruxelles 1996;167p.
15. GLICKMAN I. La parodontologie clinique Paris, CDP; 1998 : 368-394.
16. KATCHBURIANE, ARANA- CHAVEZ V, MATTOUT P, MATTOUT C. Les différents tissus parodontaux. (Les thérapeutiques parodontales et implantaires). Quintessence Internationale, Paris, Berlin, 2003 ; 16 :9-11.
17. LEZY J, PRINC G. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie. Masson, Paris, 1997: 317p.
18. Association dentaire canadienne. WWW.CDA-ADC.CA-GLOBAL Http : l'état de la santé buccodentaire au Canada. Consulté le 12-11-2019 à 10h 30 min.
19. Yam a. A., Tamba A. Ba, Diop F., Diagne F., DIOP K. Ba, Ba I. La carie dentaire : maladie infectieuse d'origine bactérienne. *Revue de Connaissances actuelles. Journal Dentaire du Québec*, 1997, 34 : 15-20.

20. KEYES PH. Recent advances in dental caries research. Bacteriology. Bacteriological findings and biological implications. Int Dent J1962; 12:443-64.
21. Carie de l'email. [http://1.bp.blogspot.com/\\_JGTFL5Xeo/TIQ6Rpi80hI/AAAAAAAAABYw/Y\\*4nsOQKoAQ/s.400/le+traitement+r%C3%A9volutionnaire+des+caries+sans+fraisier+01.JPG&imgrefurl](http://1.bp.blogspot.com/_JGTFL5Xeo/TIQ6Rpi80hI/AAAAAAAAABYw/Y*4nsOQKoAQ/s.400/le+traitement+r%C3%A9volutionnaire+des+caries+sans+fraisier+01.JPG&imgrefurl). télécharger. le 20/08/2013.
22. Diallo I.M. Epidémiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans en commune de Kita à travers 4 écoles. Thèse de médecine FMPOS 2011, N°11M73 ,Mali.
23. ROUGIER. M. Stomatologie et Grossesse. E. M. C, 1986; 22: 13p.
24. [Http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/dyschromie\\_dentaire](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/dyschromie_dentaire). 16/09/2015. [Https://fr.wikipedia.org/wiki/Dyschromie](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dyschromie). 22/09/2015. Anomalies dentaires. EMC 22-032-H10-1993.
25. HAL Id: dumas-00717222 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717222> Submitted on 12 Jul 2012.
26. HAL Id: hal-01738762 <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738762> Submitted on 20 Mar 2018.
27. Caroline Cochet. Santé bucco-dentaire et grossesse: Connaissances et attitudes des praticiens de périnatalité en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01738762 Grossesse et état parodontale : revue de littérature aspects cliniques. JPIO. 1996 ; 15 :379-87.
28. Agbo-Godeau S. Stomatologie et grossesse. Encycl Méd-Chir, Stomatologie, 22050-F-10, Gynécologie/Obstétrique, 5-045-A-10. 2002. Emilie HAJJAR – Rôle des sages-femmes et santé bucco-dentaire – Année 2012 – page 52/60.

29. El merini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte. Le courrier du dentiste, mai 2003, [Consulté le 16/03/2011] URL: [http://www.lecourrierdu\\_dentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-lafemme-enceinte](http://www.lecourrierdu_dentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-lafemme-enceinte).
30. Fall A. Etude des besoins en santé bucco-dentaire chez les enfants scolarisés de 12 ans de la ville de thiès (à propos de 1010 cas). Thèse, dentaire, Dakar, 2002, n°02.
31. Thera J.P. Approche Epidémiologique de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans de l'école fondamentale 1ercycle du groupe scolaire de Boukassoumbougou (District de Bamako) Thèse de médecine ENMP 1998 60P N°32.
32. Traoré K. Evaluation de l'état buccodentaire des élèves du 1er cycle de l'école fondamentale Idrissa SOW de Sevaré Th : Chirurg- dentaire, Bamako 2017 No.
33. Gare J. Contribution à l'étude de la santé bucco-dentaire de l'enfant scolarisé dans la province de KADIOGO (Burkina – Faso) : à propos de 768 enfants âgés de 7 à 12 ans. Thèse, Dentaire, Dakar, 1999, n° 13.
34. Khader YS, TA'ANI Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis J Periodontol, 2005; 7: 10-13.
35. Offenbacher S, Boggess K, Murtha A, Jared H, Lieff S, Mckaig R ET AL. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. Obstet Gynecol, 2006: 56p.
36. Nabet C, Lelong N, Colombier ML, Sixou M, Musset AM, Goffinet F et AL. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. J Clin Periodontol, 2010; 8:11-13.

37. Canakci V, Canakci Cf, Yildirim A, Ingec M, Eltas A, Erturk A. et al. Periodontal disease increases the risk of severe pre-eclampsia among pregnant women. *J Clin Periodontal*, 2007; 9: 47-51.
38. Cabrol D, Pons J, Goffinet F. *Traité d'obstétrique*. Flammarion Médecine, 2003; 87p.
39. Yao ES, Lamont R J, Lev SP, Weinberg A. Intrebacterial binding among stains of pathogenic and commensal oral bacterial species *Oral microbial. Immunol*, 1995; 98P.
40. Yam AA. La carie dentaire : maladie infectieuse d'origine bactérienne. *Revue des connaissances actuelles. J Dent Québec*. 1997 ; 44 : 321.
41. Haute Autorité de Santé. *Recommandation en santé publique. Stratégies de prévention de carie dentaire*. Saint -Denis: HAS; 2010. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
42. Lopeza I, Jacqueline LF, Bertheta A, Druob JP. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant : conseils pratiques. *JPéd Puéricult*. 2007 ; 20 : 639, DOI : 10.1016/j.jpp.2007.02.005.
43. Technique de brossage. Disponible à partir de : URL : [http://docteur-sabattieroussillon-jocelyne.chirurgiens-dentistes.fr/?page\\_id=277](http://docteur-sabattieroussillon-jocelyne.chirurgiens-dentistes.fr/?page_id=277) consulté le 24/04/19.
44. OMS, AOI. *L'infirmier en zone tropicale face aux pathologies bucco-dentaires son dans son exercice quotidien*. Programme de santé bucco-dentaire 1991.
45. Vergnes J-N. *Épidémiologie des maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte : facteurs de risque et association avec l'accouchement prématuré*.
46. Tchonang M. *Les manifestations parodontales chez la femme enceintes en consultation prénatale dans le service de gyneco-obstetrique du CHU*

- Gabriel Toure : 208 CAS. (Thèse de chir Dent) FMPOS 2013 P89N°13M 349.
47. Konaté I. L'état bucco-dentaire chez la femme enceinte en consultation prénatale au centre de sante de référence de la commune VI de Bamako : 349 CAS. (Thèse de chir Dent) 2016.
48. Dongmo HJ. Etude de l'état buccodentaire des élèves du lycée Alfred Garçon du district de Bamako (Thèse de chir Dent) FMOS 2019 P76. N°19M443.
49. Nguimfack E. Pratiques d'hygiène buccodentaire des enseignants des écoles fondamentales de la commune III de Bamako.
50. Mobeen N, Jehan I, Banday N, Moore J, McClure EM, Pasha O, et al. Periodontal disease and adverse birth outcomes: a study from Pakistan. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008 Mai; 198(5):514.e1-8.
51. Radnai M, Gorzó I, Nagy E, Urbán E, Eller J, Novák T, et al. The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary. *Community dent Health.* 2007 juin; 24(2): 111-116.

## ANNEXES

### Fiche signalétique

**Nom :** CISSE

**Prénom :** Brahima

**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 :** L'hygiène bucco-dentaire chez les femmes enceintes en consultation prénatale au Centre de santé Cherifla de Banconi Dianguinebougou de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie dentaire, Santé publique.

**Introduction :** La santé bucco-dentaire est nécessaire à la qualité de vie tant dans la relation à l'autre que pour le bien-être de la personne.

**Objectifs :** Évaluer le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire en consultation prénatale (CPN) au centre de santé de Chérifla de Banconi de Bamako

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive base sur le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire allant d'Aout 2019 à janvier 2020 soit 6 mois.

**Résultats :** Dans notre étude l'âge moyen des patientes étaient de  $25,24 \pm 6,301$  ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans. La majorité était mariée dans (97,6%) des cas et pauci pares dans 57,1% des cas, multipares dans 22,40% des cas. Elles étaient non scolarisées dans 33, 3% des cas. Nous avons enregistré un dépôt de plaque couvrant 1 / 3 cervical et un dépôt de plaque abondant +1/3 cervical dans respectivement soit 9,5% et 10% des cas. Parmi les pathologies retrouvées, l'halitose a été noté 38,1% des cas. Les dents étaient cariées chez 85,2% des cas et obturée dans 71 ,9% des cas. Plus de la moitié des participantes avaient déjà entendu parler de l'hygiène buccodentaire soit 54,8 % des cas et leurs sources d'information étaient la télévision dans 31,9% des cas suivi de la radio division dans 23,8% des cas. Les personnes à risque signalé par les patientes étaient celles qui ne se brossent pas soit 72,4% des cas. La carie dentaire était la conséquence engendrée par un manque d'hygiène buccodentaire principalement évoqués chez 79,5% des cas. La majorité des patientes connaissait les mesures de prévention des MBD soit 95,7% des cas. L'utilisation des pates dentifrices et le brossage

des dents après chaque repas étaient les moyens de prévention les plus signalés avec respectivement 87,1% et 81% des cas. Les patientes n'ayant pas connaissance des MBD liées à une mauvaise hygiène BD, ont été les représentées, soit 48,60% des cas et celles qui n'en savent pas du tout, ont représenté 1,9% des cas. Plus de la moitié avait confirmé d'aller à un centre de santé soit un taux de 38,3% de cas.

**Conclusion :** L'amélioration de l'état bucco-dentaire des femmes enceintes passe par la formation des agents de santé de la reproduction à la motivation et l'enseignement de l'Hygiène buccodentaire et avec un détartrage.

**Mots clés :** Chirurgie dentaire, Hygiène buccodentaire, Femmes enceintes, Mali

## **Abstract**

This was a descriptive cross-sectional study based on the level of knowledge of pregnant women on oral hygiene from August 2019 to January 2020, i.e. 6 months.

In our study the average age of the patients was  $25.24 \pm 6.301$  years with extremes of 16 and 44 years. The majority were married in 97.6% of the cases and pauci pares in 57.1% of the cases, multiparous in 22.40% of the cases. They were not educated in 33.3% of cases. We recorded a deposit of plaque covering 1 / 3 cervical and a deposit of plaque approaching +1/3 cervical in respectively 9.5% and 10% of cases. Among the pathologies found, halitosis was noted in 38.1% of cases. Teeth were decayed in 85.2% of cases and filled in 71.9% of cases. More than half of the participants had already heard about oral hygiene, i.e. 54.8% of the cases, and their sources of information were television in 31.9% of the cases, followed by the radio division in 23.8% of the cases. The people at risk reported by the patients were those who do not brush (72.4% of cases). Tooth decay was the consequence caused by a lack of oral hygiene mainly mentioned in 79.5% of cases. The majority of the patients knew about the prevention of dental caries (95.7% of the cases). The use of toothpaste and brushing the teeth after each meal were the most reported means of prevention with 87.1% and 81% of cases respectively. Patients who were not aware of MBD related to poor oral hygiene were the most represented, accounting for 48.60% of cases and those who were not aware at all, accounted for 1.9% of cases. More than half had confirmed to go to a health center, that is to say a rate of 38.3% of cases.

**Key words:** Dental surgery, Oral hygiene, Pregnant women, Mali

FICHE D' ENQUETE

DATE...../...../.....

N°.....

I-Caractéristiques Sociodémographiques

Nom :.....

Prénom :.....

AGE :.....

SEXE :.....

Résidence :.....

Ethnie :.....

Niveau d'étude

Primaire  secondaire  supérieur  NON Scolarisation

Situation Matrimoniale :.....

Profession :.....

EXAMEN CLINIQUE

II-ETAT GENERAL

Antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux :

Cardiopathies  Diab  Drépano  se  épilepsie   
HTA  Gas /Ulcère

Césarienne  Allergie  Autres pathologies

Primigeste  Paucipare  Multipare

Age de gestation

### III-CONNAISSANCES

Question1 :Avez-vous déjà entendu parler de l'hygiène buccodentaire ?

1=oui  2=Non  55=je ne sais pas

QUESTION2 : SI OUI Quelles ont été vos sources d'information ?/..... /

Les ami(e)S  Les agents de santé  La radio  La télévision   
Autres

Question 3 : Si non

Pourquoi ?.....

Question4 : Selon vous qui est le plus exposé à une mauvaise hygiène buccodentaire ?/ ..... /

Enfants  Femmes  Hommes  pauvres  Riches   
vieilles personnes   
Celles qui ne se brossent pas  Autres

Question4 :Pouvez-vous citer quelques conséquences causées par un manque d'hygiène buccodentaire ?/ ...../

Carie dentaire  Halitose  Gingivite  Abscess  Cancer   
buccal  Noma   
Parodontite  Autres à préciser

Question5 : Selon vous peut –on prévenir les maladies buccodentaires en respectant une bonne hygiène buccodentaire ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Question6 : Quels sont vos moyens de prévention ?/...../

Je me brosse après chaque repas  j'utilise les pates dentifrices

J'évite de manger entre les repas  je consomme moins de sucre

Autres

Question7 : Quel(s) est ou sont les moyens d'éradication des maladies buccodentaires en particulier de la carie dentaire ?/...../

Utiliser les brosses à dents  se brosser les dents après chaque repas

Eviter de grignoter entre les repas  Se brosser au moins une fois par jour

Utiliser les pates dentifrices fluorées  Autres

Question8 :Pensez-vous qu'une bonne hygiène buccodentaire permet de prévenir les maladies buccodentaires ?/ ...../

Oui  Non  je ne sais pas

#### IV- ATTITUDES

Question9 :Avez-vous déjà eu des maladies buccodentaires dues à une mauvaise hygiène ? / ...../

Oui  Non  Je ne sais pas

Question10 : Si Oui, comment l'avez \_vous traiter ? / ...../

Les centres de santés  Les pharmaciens  Les tradipraticiens   
Automédication  Autres

Question11 : Si non quelles précautions avez –vous pris pour l'éviter ?  
/...../

Je me brosse après chaque repas  j'utilise les pates dentifrices fluorée

Je vais en consultation chez le dentiste 2 fois par  je mange  
d'alime  sucrés

J'évite de grignoter  Autres

Question12 : Que conseillez-vous à une personne qui a une mauvaise hygiène buccodentaire ?/...../

De se brosser les dents après chaque repas  D'aller se faire consulter  
chez le dent

De ne pas plus consommer trop d'aliments sucré  De ne rien faire ; il va  
guérir seul

Autres

Question 13 : Avez-vous bénéficié des conseils sur l'hygiène buccodentaire ?/...../

Oui  Non  Je ne me souviens pas

Question 14 : Selon vous qu'est ce qui peut entraîné (causer) une mauvaise hygiène buccodentaire ?

En mangeant régulièrement (grignotage)  En consomment trop d'aliments sucré

En ne pas se brosse les dents  En n'utilisant pas les pates dentifrices

En prenant du thé  En buvant l'alcool  En fumant la cigarette

Autres

Question 15 : Quels sont les éléments de la bouche qui doivent etre assainis ?/...../

Les dents  Langues  Gencives   Joues

Palais

## V-PRATIQUES

Question 16 : brosez-vous les dents ?/...../

Oui  Non

Question 17 : Si Oui, Combien de fois par jour vous vous brossez ?/...../

1Fois  2 Foies  3 Foies  Plus de 3 Foies

Question 18 : A quel moment de la journée ?/...../

Matin  Midi  SOIR

Question 19 : A quel moment le plus précis brossez- vous les dents ?/...../

Avant le repas  Après le repas  Avant et Après le repas

Autres

Question 20 : Comment brossez – vous les dents (technique de brossage) ?/...../

Verticalement  Horizontalement  Les deux

Question 21 : Pendant combien de minute brossez-vous les dents ?/...../

1Min  2Min  3 Min  4 Min  Autres

Question22 : Quel matériel utilisez – vous ?/...../

Batonnets frotte dent  Brosse à dent  Les deux

FIL dentaire

Cure dents

Question 23 : Si vous utilisez la brosse à dent , quelle qualité de brosse utilisez –vous ?/...../

Dure  Souple  Les deux (Medium)

Question24 : Utilisez – vous des pates dentifrices ?/...../

Fluorée  Non Fluorée  Je ne sais pas

Question25 : Si Non

Pourquoi ?.....

Question26 : A quel rythme changez-vous les brosses à dents ?/...../

Tous les 2 mois  Les 3 Mois  4 Mois  Autres à préciser

Question 27 :Si Non pourquoi ne brossez –vous pas ?/.....

Question 28 : Êtes-vous réellement touché par les publicités qui passent à la radio ou à la télé concernant les pâtes dentifrices ?

Oui  Non  un peu  beaucoup

Question 29 : Quelle importance accordez-vous sur l'hygiène buccodentaire ? / .....

.....

## GUIDE D'INTERVIEW INDIVIDUELLE

Question 1 : Que pouvez-vous nous dire sur l'hygiène buccodentaire ?

Question 2 : Pouvez-vous nous parler des personnes les plus exposées à une mauvaise hygiène buccodentaire ?

Question 3 : Pouvez-vous nous dire les moyens de prévention et d'éradication des maladies buccodentaires ?

Question 4 : Pouvez-vous nous dire ce que vous direz à une personne qui a une mauvaise hygiène buccodentaire ?

Question 5 : Pouvez-vous nous dire ce qui peut entraîner une HBD

Question 6 : Pouvez-vous nous indiquer la bonne technique de brossage ou du moins comment vous vous brossez ?

Question 7 : Pouvez-vous nous dire à quel rythme changez-vous vos brosses à dents ?

Question 8 : Pouvez-vous nous dire l'importance de l'hygiène buccodentaire ?

Examen bucco-dentaire

Indice CAO/DENTS

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DENTS																
CAO																

DENTS	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CAO																

C=carié

A=absent

O=Obture

Indice de plaque dentaire

Présence de plaque dentaire    Oui                  Non

Absence de plaque dentaire    Oui                  Non

Indice de mobilités dentaire

0=Physiologie                          Oui                  Non

1=Mobilité inférieure à 1mm    Oui                  Non

2=Mobilité supérieure à 1mm    Oui                  Non

3=Mobilité supérieure à 1mm dans les deux sens    Oui                  Non

Indice gingival

Saignement gingival    Oui                  Non

Pas de saignement gingival    Oui                  Non

Lésions bucco-dentaire observées

Malocclusion: /\_\_\_/ (1=Oui ; 2=Non)

Halitose : /\_\_\_/ (1=Oui ; 2=Non)

Aphte : /\_\_\_/ (1=Oui ; 2=Non)

Fluorose : /\_\_\_/ (1=Oui ; 2=Non)

Abcès : /\_\_\_/ (1=Oui ; 2=Non)

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant

L'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être  
fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !!!!**