

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIC



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

Évaluation des compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à- vis de la prise en charge de la femme enceinte

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
Docteur en médecine bucco-dentaire par :

PETIPA NGA Orly
Matricule N° 13M242

Directeur

Pr ESSI Marie-José
Professeure
Anthropologie médicale

Co-directeurs

Pr MVE KOH Valère Salomon
Maître de conférences
Gynécologie Obstétrique

Dr Reine BILLONG

Assistante
Médecine bucco-dentaire

Année académique 2019-2020

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIC



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

Évaluation des compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à- vis de la prise en charge de la femme enceinte

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de
docteur en médecine bucco-dentaire par :

PETIPA NGA Orly

Matricule N°13M242

Date de soutenance :

Jury de thèse :

Président du jury

.....

Rapporteur

.....

Membres

.....

.....

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr ESSI Marie-José

Professeure

Anthropologie médicale

Co-directeurs

Pr MVE KOH Valère Salomon

Maître de conférences

Gynécologie Obstétrique

Dr Reine BILLONG

Assistante

Médecine bucco-dentaire

Année académique 2019-2020

PRÉLIMINAIRES

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACES	IV
REMERCIEMENTS	V
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	XVI
LISTE DES FIGURES.....	XVII
ABREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES.....	XVIII
SERMENT D'HIPPOCRATE	XIX
RÉSUMÉ.....	XX
SUMMARY	XXII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	4
I.1. JUSTIFICATION	5
I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE	5
I.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	5
I.4. OBJECTIFS	6
I.5. CADRE CONCEPTUEL.....	6
I.6. INTERET DE LA RECHERCHE	9
I.7. CADRE THEORIQUE	9
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	10
II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES.....	11
II.2. ETAT DE LA QUESTION	26
II.2.1. CONNAISSANCES	26
II.2.2. ATTITUDES	27
II.2.3. PRATIQUES	28
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	31
III.1. TYPE D'ETUDE	32
III.2. SITE	32
III.3. DURÉE DE L'ETUDE	32
III.4. POPULATION D'ETUDE	32
III.5. OUTIL DE COLLECTE	32

III.6. PROCEDURE	33
III.7. ANALYSE DES DONNEES	33
III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES	34
CHAPITRE IV : RESULTATS.....	35
IV.1. RECRUTEMENT	36
IV.2. POPULATION D'ETUDE	38
IV.3. CONNAISSANCES	38
IV.4. ATTITUDES.....	41
IV.5. PRATIQUES.....	42
IV.6. NIVEAU DE COMPÉTENCES	47
CHAPITRE V : DISCUSSION	49
V.1. LIMITES DE L'ETUDE	50
V.2. POPULATION D'ETUDE	50
V.3. CONNAISSANCES.....	51
V.4. ATTITUDES	54
V.5. PRATIQUES.....	56
V.6. NIVEAU DE COMPÉTENCES	60
CONCLUSION.....	62
RECOMMANDATIONS.....	64
REFERENCES.....	66
ANNEXES	70

DEDICACES

À MON DÉFUNT PÈRE M. NGA Jean Paul

Parti trop tôt ;

Et à celui qui a été un père pour moi

M. DIMO NOULA Séverin

Merci pour tout !

REMERCIEMENTS

Au **seigneur DIEU Tout-Puissant**, sans qui aucune œuvre humaine n'est possible, et pour ses bienfaits immenses et sa présence manifeste en tout temps dans nos vies.

- Au Doyen de la FMSB, le Pr ZE MINKANDE Jacqueline pour le souci sans cesse porté à notre formation en temps qu'être humain et futur médecin bucco-dentaire humble, compétent et compétitif. Au corps enseignant et au personnel administratif de la FMSB, surtout aux enseignants de la filière médecine bucco-dentaire ; pour les efforts fournis, les sacrifices consentis et le souci permanent de nous assurer une formation de qualité.
- Au Pr. ESSI Marie-José, notre maître et directeur de thèse, pour votre encadrement scientifique, social, intellectuel et pédagogique ; vous avez donné forme et rehaussé ce travail par votre rigueur. Votre ardeur au travail, votre qualité humaine de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un Maître apprécié.
- À notre maître et co-directeur de thèse, le Pr MVE KOH Valère Salomon, pour le privilège de vos critiques constructives, la qualité de vos remarques, la patience face à nos imperfections de jeune chercheur et pour votre accessibilité et votre caractère paternaliste. Soyez rassuré cher Maître, de notre profonde gratitude.
- À notre Maître et Coordonnateur de la filière Médecine Bucco-Dentaire de la FMSB : le Pr BENGONDO MESSANGA Charles, pour le don de soi dont vous faites preuve pour l'essor de la filière bucco-dentaire, pour les pédagogies d'excellence dispensées durant tout notre cursus pour faire de nous des professionnels fiers de ce que nous sommes. Vous êtes allé au-delà d'un enseignement, pour être un guide et un parent.
- À tous les directeurs d'hôpitaux rencontrés, merci pour vos différents accords qui ont permis d'effectuer ce travail dans vos différentes structures.
- À tous les médecins bucco-dentaires qui ont participé de près ou de loin à ce travail, merci de votre disponibilité et de vos idées reçues lors de nos différents échanges.
- Au Dr David González Alarcón pour ton aide inestimable, ta motivation, ta hauteur scientifique et ton amitié, tout au long de ce travail de recherche pour lequel tu as été l'un des maillons essentiels.

- À notre défunt père M. NGA Jean Paul qui nous a quitté en 6^{ème} année, pour tes qualités de père et la parfaite éducation que tu m'as donnée. Que ton âme repose en paix.
- À ma maman Mme NKOUAMBOU Antoinette pour pour ton grand cœur, pour toute la dévotion, les efforts, le soutien inconditionnel et les prières adressées à mon endroit pour la réalisation de ce travail. Aucun mot ne suffirait pour t'exprimer ma gratitude et mon amour.
- À mes frères et sœurs : Cédric NGA, Carine NGA et Cytish NGA pour l'affection, l'amour, le soutien moral, matériel et financier que vous m'avez toujours octroyé.
- À mes oncles et tantes : M. YANKOUA Michel, Me. NGASSAM ELIE, M. KAMTA Emmanuel, M. OUMAROU MANA, M. KEUSSI Landry, M. NGOUNOU Joël, Mme. NOUNGUEP Joelle, Mme KOUAMOU Téclaire, Mme NGOUNOU madeleine, Mme. YOUMBI Marie, Mme NGASSAM Francine. Cousins et cousines : Jakin, Loïc, Rickel, Idriss, Bertille, hermine, Stéphanie, clarisse, Yannick, pour la confiance, le soutien moral et financier, les encouragements et l'affection que vous m'avez portés durant cette formation.
- Au Dr OUANKOU Christian, Dr TETMOUN Anderson, Mme BOWOUA Colette, Mlle Tsafack Estelle. À nos aînés académiques, les Docteurs : Delors, Eddy, Felix, Aminou, Bachir, Chimi, Dimitri, Edgar, Paulin, Idriss, Arnel, Evodie, M. et Mme AFUH, Ngainsi, Rolande, Roseline, Bakari, Messina pour vos conseils et encouragements.
- À ma bien aimée Thidoï Ursula pour l'amour, la patience, l'attention et le soutien sans faille qui ont été mes sources d'énergie et d'inspiration pour mener à bien ce travail. À mon fils Emaël Kylian PETIPA pour la joie immense et la chaleur générée dans mon cœur.
- À Mes ami(e)s : Marc, Steve, Yvan, Onesiphore, Emmanuel, Samuel, Dany Michaël, Junior, Cédric, Landry, Harold, Franck, Duval, Victor, Adrian, James, Jordane, Noëlla, Josiane, Loïca, Estelle, Lolitta, Rita, Carine, Merveille, Audrey, Wendy, Ines, Agnès, Marcelle, Pacifique, Mical, Laeticia, Adassa, Blandine, Hervée, Kerrene, Vicky, Blessing. Pour votre soutien et les encouragements. Vous avez contribué à ma croissance et mon épanouissement.
- À tous les membres et camarades de Zerca y lejos ONGD, AEMO, CADSA, UN, TYA, GUILGAL Health center, la grâce, LYPALM qui nous ont soutenu et encouragé tout au long de notre formation : Trouvez ici notre reconnaissance.
- À nos camarades de promotion de toutes les filières confondues, vos engagements ne nous ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble, merci pour tout.
- À nos cadets académiques : Rasphed, Bayik, Michel, Willy, Giresse, Fabrice, Luciane, Paola, Claudia, Samantha, Lillah, Annie, Tyna, Aurore, Merveille, Nelly ; juste que ce travail puisse être une source d'inspiration pour la suite de vos études.

À tous ceux, qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Merci !

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyenne	Pr ZE MINKANDE Jacqueline
Vice- Doyenne chargé de la programmation et du suivi des activités académiques	Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille
Vice-Doyenne chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants	Pr MAH Evelyn MUNGYEH
Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Pr MOUAFO TAMBO Faustin Félicien
Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières	Mr MEKA Gaston
Chef de Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche	Dr NSEME ETOUKEY Eric
Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation	Pr ONGOLO ZOGO Pierre
Chef de Service Financier	M. MPACKO NGOSSO Charles Romuald
Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel	Dr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU
Chef de Service des Diplômes	Mme ASSAKO Anne DOOBA
Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques	M. AMBASSA MBASSI Vincent Ervais
Chef de Service du Matériel et de la Maintenance	M. NNA Etienne Prosper
Bibliothécaire en Chef par intérim	Mme FROUISSOU née MAME Marie- Claire
Comptable Matières	M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET CHEFS DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-Dentaire	Pr BENGONDO MESSANGA Charles
Coordonnateur de la Filière Pharmacie	Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine
Coordonnateur Filière Internat	Pr ONGOLO ZOGO Pierre
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique	Pr ESSAME OYONO Jean Louis
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation	Pr OWONO ETOUNDI Paul
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale	Pr NGO NONGA Bernadette
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique	Pr MBU ENOW Robinson
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne	Pr NGANDEU Madeleine
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie	Pr MAH Evelyn MUNGYEH
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique	Pr GONSU Hortense
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale	Pr NKO'O AMVENE Samuel
Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique	Pr TAKOUGANG Innocent
Responsable Pédagogique CESSI :	Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)
 Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)
 Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)
 Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)
 Pr NDUMBE Peter (1999-2006)
 Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)
 Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES		
SOSSO Maurice Aurélien	P	Chirurgie Générale
ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologie
DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
BAHEBECK Jean	MC	Chirurgie Orthopédique
BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
FOUDA Pierre	MC	Chirurgie Urologie
HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
ONDOBO ANDZE Gervais	MCA	Chirurgie Pédiatrique
OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale
AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
GUIFO Marc Leroy	CC	Chirurgie Générale
TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
AMENGLÉ Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
BANG GUY Aristide	CC	Chirurgie Générale
BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
NGO YAMBEN Marie Ange	CC	Chirurgie Orthopédique
BELLO FIGUIM	AS	Neurochirurgien
BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	AS	Neurochirurgien
BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	AS	Chirurgie Générale
FONKOUÉ Loïc	AS	Chirurgie Orthopédique
IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	AS	Anesthésie-Réanimation
KONA NGONDO François Stéphan	AS	Anesthésie-Réanimation
MBOUCHE Landry Oriole	AS	Urologie
MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	AS	Urologie
MULUEM Olivier Kennedy	AS	Orthopédie-Traumatologie
MWAHA MAKON Axel Stéphan	AS	Urologie
NDIKONTAR KWANJI Raymond	AS	Anesthésie-Réanimation
NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation

NYANIT BOB Dorcas	AS	Chirurgie Pédiatrique
SAVOM Eric Patrick	AS	Chirurgie Générale
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES		
NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
BIWOLE SIDA Magloire	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
ANKOUANE ANDOULO	MCA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
KAZE FOLEFACK François	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
KUATE TEGUEU Calixte	MC	Médecine Interne/Neurologie
MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
YONE PEFURA	MCA	Médecine Interne/Pneumologie
FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
HAMADOU BA	MA	Médecine Interne/Cardiologie
KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
KOWO Mathurin Pierre	MA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
BOOMBHI Jérôme	CC	Médecine Interne/Cardiologie
KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	CC	Médecine Interne/Cardiologie
NGANOU Chris Nadège	CC	Médecine Interne/Cardiologie
ZE Jean Jacques	CC	Médecine Interne/Pneumologie
ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
ATENGUENA OBALEMBA Etienne	AS	Médecine Interne/Cancérologie
DEHAYEM YEFOU Mesmin	AS	Médecine Interne/Endocrinologie

ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	AS	Médecine Interne/Oncologie Médicale
FOJO TALONGONG Baudelaire Léonard NGARKA	AS	Médecine Interne/Rhumatologie Médecine Interne/Neurologie
MAÏMOUNA MAHAMAT	AS	Néphrologie
MASSONGO MASSONGO	AS	Médecine Interne/Pneumologie
MBONDA CHIMI Paul-Cédric	AS	Médecine Interne/Neurologie
MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
MINTOM MEDJO Pierre Didier	AS	Médecine Interne/Cardiologie
NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	AS	Médecine Interne/Gastroentérologie
NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	AS	Médecine Interne/Cardiologie
NGAH KOMO Elisabeth	AS	Médecine Interne/Pneumologie
NKORO OMBEDE Grâce Anita	AS	Médecine Interne/Dermatologue
NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	AS	Médecine Interne/Gériatrie
OLEMBE MAGA Hélène Josiane	AS	Psychiatrie
OWONO NGABEDE Amalia Ariane	AS	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
GONSU Joseph	P	Radiologie/Imagerie Médicale
MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
MBEDE Maggy	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	AS	Radiothérapie

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
KEMFANG NGOWA J.D.	MCA	Gynécologie Obstétrique
NKWABONG Elie	MC	Gynécologie Obstétrique
TEBEU Pierre Marie	MCA	Gynécologie Obstétrique
BELINGA Etienne	MA	Gynécologie Obstétrique
FOUEDJIO Jeanne H.	MA	Gynécologie Obstétrique
ESSIBEN Félix	MA	Gynécologie Obstétrique

MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MA	Gynécologie Obstétrique
NOA NDOUA Claude Cyrille	MA	Gynécologie Obstétrique
EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
MBOUA BATOUM Véronique Sophie	AS	Gynécologie Obstétrique
MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	AS	Gynécologie Obstétrique
METOGO NTSAMA Junie Annick	AS	Gynécologie Obstétrique
NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	AS	Gynécologie Obstétrique
NYADA Serge Robert	AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

Pr DJOMOU François (CD)	MC	ORL
BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophthalmologie
EBANA MVOGO Côme		Ophthalmologie
NDJOLO Alexis	P	ORL
NJOCK Richard	P	ORL
OMGBWA EBALE André	P	Ophthalmologie
EBANA MVOGO Côme	P	Ophthalmologie
ELLONG Augustin	MC	Ophthalmologie
ÉPÉE Emilienne	MC	Ophthalmologie
KAGMENI Gilles	MCA	Ophthalmologie
BILLONG Yannick	MA	Ophthalmologie
DOHVOMA Andin Viola	MA	Ophthalmologie
EBANA MVOGO Stève Robert	MA	Ophthalmologie
KOKI Godefroy	MA	Ophthalmologie
NGABA Olive	CC	ORL
ANDJOCK NKOUO Yves Christian	AS	ORL
ASMAOU BOUBA Dalil	AS	ORL
BOLA SIAFA Antoine	AS	ORL
ATANGA Léonel Christophe	AS	ORL-CCF
AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	AS	Ophthalmologie
MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense Perpétue	AS	Odontologie Pédiatrique
MEVA'A BIOUELE Roger Christian	AS	ORL-CCF
MOSSUS Yannick	AS	ORL-CCF
MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	AS	Ophthalmologie
NANFACK NGOUNE Chantal	AS	Ophthalmologie
NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	AS	ORL-CCF
NOMO Arlette Francine	AS	Ophthalmologie

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

MONEBENIMP Francisca (CD)	P	Pédiatrie
KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre

ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
CHELO David	MCA	Pédiatrie
MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	MCA	Pédiatrie
NGUEFACK Séraphin	MCA	Pédiatrie
KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MA	Pédiatrie
NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MA	Pédiatrie
NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
EPEE épouse NGOUE Jeannette	AS	Pédiatrie
KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
MEGUEZE Claude-Audrey	AS	Pédiatrie
MEKONE NKWELE Isabelle	AS	Pédiatre
TONY NENGOM Jocelyn	AS	Pédiatrie

**DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET
MALADIES INFECTIEUSES**

MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
MBANYA Dora	P	Hématologie
NKOA Thérèse	MC	Microbiologie /Hématologie
OKOMO ASSOUMOU Marie C.	MC	Bactériologie/ Virologie
GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
TAYOU TAGNY Claude	MC	Microbiologie/Hématologie
TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
KINGE Thomson Njie	CC	Maladies Infectieuses
LYONGA Emilia ENJEMA	CC	Microbiologie Médicale
NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
BEYELA Frédérique	AS	Maladies Infectieuses
VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
ESSOMBA René Ghislain	AS	Immunologie et Maladies Infectieuses
NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	AS	Parasitologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
ESSI Marie Josée	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique

BEDIANG Georges Wylfred	CC	Informatique Médicale/Santé Publique
KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacien
EYEBE EYEBE Serge Bertrand	AS	Santé Publique/Epidémiologie
MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	AS	Expert en Promotion de la Santé
NGUIPDOP DJOMO Patrick	AS	Santé Publique/Epidémiologie

**DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE
PATHOLOGIQUE**

SANDO Zacharie (CD)	P	Anatomie Pathologie
ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie
MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
BISSOU MAHOP	CC	Médecine de Sport
KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
NSEME Éric	CC	Médecine légale
NGONGANG Gilbert Frank Olivier	AS	Médecine Légale-Expertise

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	MC	Physiologie/Biologie Moléculaire
MBACHAM Wilfried	P	Biochimie
AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
PIEME Constant Anatole	MC	Biochimie
BONGHAM BERINYUI	AS	Biochimie
GUEWO FOKENG Magellan	AS	Biochimie
MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
ASSOMO NDEMBA Péguy Brice	CC	Physiologie
AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
EBELLA DALLE Ernest Remy Hervé	AS	Physiologie humaine

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
NGADJUI CHALEU Bonaventure	P	Pharmacie/Phytochimie
NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie

**DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET
PARODONTOLOGIE**

BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
BITHA BEYIDI Thèle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo- Faciale
GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	AS	Stomatologie et Chirurgie
LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	AS	Odontologie Pédiatrique
Jules Julien NDJOH	AS	Chirurgien-Dentiste
MBEDE NGA MVONDO Rose	AS	Médecine Bucco-Dentaire

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
NGAMENI Barthélémy	MC	Phytochimie/ Chimie Organique
NGOUPAYO Joseph	MC	Phytochimie/Chimie Générale

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

NGUIDJOE Evrard Marcel (CD)	CC	Pharmacologie
FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
TEMBE Estella épse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
TABI OMGBA	CC	Pharmacie

**DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION
PHARMACEUTIQUE**

NNANGA NGA Emmanuel (CD)	MC	Pharmacie Galénique
MBOLE Jeanne Mauricette épse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
NYANGONO NDONGO Martin	AS	Pharmacie

P = Professeur

MCA = Maître de Conférences Agrégé

MC = Maître de Conférences

MA = Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Recommandations des soins parodontaux chez la femme enceinte.....	20
Tableau II : Recommandations d'actes chirurgicaux chez la femme enceinte	21
Tableau III : Recommandations des radiographies chez la femme enceinte	22
Tableau IV : Recommandations d'antalgiques et AINS chez la femme enceinte	23
Tableau V : Recommandations d'antibiotiques chez la femme enceinte.....	24
Tableau VI : Recommandations d'injection d'anesthésiques chez la femme enceinte	25
Tableau VII : Catégorisation de l'évaluation CAP	34
Tableau VIII : Liste des hôpitaux et cabinets dentaires.....	37
Tableau IX : Profil socio-professionnel	38
Tableau X : Connaissances des risques des ABD et soins sur la grossesse	39
Tableau XI : Connaissances des MBD à propos des médicaments en grossesse.....	40
Tableau XII : Ressentis et recours des MBD en cas d'incapacité de PEC	41
Tableau XIII : Motifs de consultation fréquents et conseils prodigués	43
Tableau XIV : Fréquence de prescription des médicaments.....	44
Tableau XV : Soins bucco-dentaires par périodes de grossesse.....	45
Tableau XVI : Pratiques des MBD en cas d'incapacité vis-à-vis de la PEC	46
Tableau XVII : Niveau des compétences en fonction du profil socio-professionnel ...	48
Tableau XVIII : Soins bucco-dentaires par périodes chez la femme enceinte	XXX
Tableau XIX : Fréquence de réalisation des soins chez la femme enceinte	XXX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schématisation de la problématique.....	6
Figure 2 : Structures du parodonte.....	11
Figure 3 : Gingivite gravidique.....	13
Figure 4 : Épulis gravidique situé dans la région incisive maxillaire.....	14
Figure 5 : Parodontite chez la femme enceinte.....	15
Figure 6 : Érosions consécutives à des vomissements répétés	16
Figure 7 : Lésions de type « white spots », en positions cervicales.	16
Figure 8 : Schéma de recrutement	36
Figure 9 : Connaissances des affections bucco-dentaires en grossesse.....	39
Figure 10 : Niveau de connaissances.....	41
Figure 11 : Niveau d'attitudes	42
Figure 12 : Fréquence des Motifs de consultation	43
Figure 13 : Prévention du syndrome cave	45
Figure 14 : Niveau de pratiques	46
Figure 15 : Compétence de santé globale	47

ABREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES

AAPD	American academy of pediatric dentistry
ABD	Affections bucco-dentaires
AINS	Anti inflammatoire non stéroïdien
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APP	Association américaine de parodontologie
BGN	Bactéries gram négatifs
CIPR	Commission internationale de protection radiologique
CNOC	Collège national d'odontologie conservative
CPN	Consultation prénatale
CRAT	Centre de référence sur les agents tératogènes
CRP	C-Réactive protéine
FE	Femme enceinte
FMSB	Faculté de médecine et des sciences biomédicales
HAS	Haute autorité de santé
HTA	Hypertension artérielle
IL	Interleukine
IRPSN	Institut de radio protection et de sureté nucléaire
MBD	Médecin bucco-dentaire
MFIU	Mort foetale in utéro
mGy	Microgray
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEC	Prise en charge
pH	Potentiel d'Hydrogène
μSv	Sievert
TNF	Tumor nécrosis factor
SFCO	Société française de chirurgie orale

SERMENT D'HIPPOCRATE**DECLARATION DE GENEVE 1948**

Au moment d'être admis comme membre de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient ;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiles, même sous la menace ;

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur

RÉSUMÉ

Contexte : La prise en charge bucco-dentaire est un domaine vaste qui peut être spécifique pour des groupes à risque en l'occurrence les femmes enceintes. C'est ainsi qu'elle a très souvent été occultée par manque de recommandations nationales de bonnes pratiques et par crainte d'éventuels risques de tératogénicité représentant un défi pour le médecin bucco-dentaire. La grossesse est un état physiologique caractérisé par d'importantes modifications hormonales et immunitaires pouvant avoir des répercussions bucco-dentaires chez la femme enceinte. En France, 57 % des femmes interrogées avaient ressenti un problème bucco-dentaire durant la grossesse ;[3] mettant en évidence la nécessité pour le médecin buccodentaire (MBD) de posséder de parfaites compétences vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte (FE) pour des soins, à moindre risque.

Objectifs : Evaluer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte à travers leur niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) transversale et descriptive, réalisée à Yaoundé dans 54 cabinets dentaires de 3 secteurs (public, privé et confessionnel) sur une durée de 7 mois, du 17 Novembre au 4 Mai 2020. Incluant une période de collecte allant du 5 février au 19 Avril 2020. Le recrutement était consécutif ; suivant liste de 85 médecins bucco-dentaires (MBD) fournie par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Cameroun (ONCDC). La taille de l'échantillon était de 111 médecins bucco-dentaires. La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire administré aux MBD ayant donné leur consentement et subdivisé en cinq parties : les caractéristiques socioprofessionnelles, connaissances, attitudes, et les attentes des médecins bucco-dentaires. Le traitement des données a été réalisé grâce au logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS version 20.0. Le niveau de connaissances était quantifié et restitué en 4 niveaux : faible, insuffisant, moyen et bon selon le pourcentage de bonnes réponses. La qualité des attitudes était restituée en verbatim (mot-à-mot) et qualifiée en néfastes, erronées, approximatives et justes et La qualité des pratiques était quantifiée et restituée en néfastes, inadéquates et adéquates. Les compétences de santé se sont faites par confrontation entre le score de connaissances, d'attitudes et celui de

pratiques. Le lien entre les variables a été évalué à l'aide du test de Chi-2 avec une valeur $p < 0,05$ considérée comme significative.

Résultats : La population d'étude était constituée de 111 MBD. L'âge moyen était de 32,5 ans avec un minimum de 24, un maximum de 70 et un écart type de 7,88. Le sex-ratio était de 0,63. Concernant les connaissances, seulement 8% des MBD avaient un bon niveau de connaissance, 56% avait un niveau moyen, 33% insuffisant et 3% un niveau faible.

Par rapport aux attitudes, elles étaient approximatives pour 55% des MBD, justes pour 36%, erronées pour 6,3% et néfastes pour 2,7%.

En ce qui concerne les pratiques, 11% avaient des pratiques adéquates, 76% des pratiques inadéquates et 13% pratiques néfastes.

Plus de la moitié des MBD interrogés (69%) avaient un niveau de compétences moyen vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte. 29% avaient un niveau insuffisant, 1% un niveau faible et juste 9% avaient un bon niveau de compétences.

La majorité des MBD (59%) n'avait jamais suivi une formation continue sur le sujet, et tous étaient intéressés par une réactualisation des connaissances à ce sujet ; de même que la mise sur pied d'une politique nationale de PEC de la femme enceinte. De plus, une influence positive sur le niveau des compétences de santé des professionnels s'est faite ressentir avec une grande significativité en fonction de la durée d'exercice (0,049) et du lieu d'exercice (0,046).

Conclusion : Les médecins bucco-dentaires de Yaoundé avaient des compétences de santé moyenne vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte. Résultat du contraste entre un niveau moyen de connaissances et attitudes mais des pratiques. D'où la nécessité de rehausser le plateau technique des cabinets dentaires et l'implémentation de la couverture santé universelle pour palier au problème de l'onérosité des soins dentaires.

Mots clés : Compétences de santé, médecins bucco-dentaires, femmes enceintes, Yaoundé.

SUMMARY

Background: Oral care is a vast area that may be specific for groups at risk, namely pregnant women. This is how it has very often been overlooked for lack of national recommendations for good practice and for fear of possible risks of teratogenicity representing a challenge for the oral doctor. Pregnancy is a physiological state characterized by significant hormonal and immune changes that can have oral and dental repercussions in pregnant women. In France, 57% of the women questioned had experienced an oral problem during pregnancy; highlighting the need for the oral doctor (OD) to have perfect skills vis-à-vis the management of oral diseases in pregnant women (PW) for care, at lower risk.

Objectives: Evaluate the level of skills of oral doctors in Yaounde about the care of pregnant women through their level of knowledge, attitudes and practices.

Methods: This was a cross-sectional and descriptive CAP (Knowledge, Attitudes and Practices) study, carried out in Yaoundé in 54 dental offices in 3 sectors (public, private and confessional) over a period of 7 months, from November 17 to May 4, 2020. Including a collection period from February 5 to April 19, 2020. Recruitment was consecutive; following list of 85 oral doctors (MBDs) provided by the National Order of Dentists of Cameroon (ONCDC). The sample size was 111 oral physicians. Data collection was carried out using a questionnaire administered to MBDs who gave their consent and subdivided into five parts: socio-professional characteristics, knowledge, attitudes, and expectations of oral physicians. Data processing was performed using IBM-SPSS version 20.0 statistical analysis software. The level of knowledge was quantified and returned in 4 levels: low, insufficient, average and good according to the percentage of correct answers. The quality of the attitudes was reproduced in verbatim (word-for-word) and qualified as harmful, erroneous, approximate and fair and the quality of the practices was quantified and returned as harmful, inadequate and adequate. The health skills were made by comparing the score for knowledge, attitudes and practices. The relationship between the variables was assessed using the Chi-square test with a $p < 0.05$ value considered significant.

Results: The study population consisted of 111 MBD. The average age was 32.5 years with a low of 24, a high of 70 and a standard deviation of 7.88. The sex ratio was 0.63. Regarding knowledge, only 8% of MBDs had a good level of knowledge, 56% had an average level, 33% insufficient and 3% a low level.

In relation to attitudes, they were approximate for 55% of MBDs, correct for 36%, erroneous for 6.3% and harmful for 2.7%.

Regarding practices, 11% had adequate practices, 76% inadequate practices and 13% harmful practices.

More than half of the MBDs questioned (69%) had an average level of skills in the care of pregnant women. 29% had an insufficient level, 1% a low level and just 9% had a good level of skills.

The majority of MBDs (59%) had never undergone continuing training on the subject, and all were interested in updating knowledge on this subject; as well as the establishment of a national policy of CEP for pregnant women. In addition, a positive influence on the level of health skills of professionals was felt with great significance depending on the duration of exercise (0.049) and place of exercise (0.046).

Conclusion: The oral doctors of Yaoundé had average health skills vis-à-vis the care of pregnant women. Result of the contrast between an average level of knowledge and attitudes but practices. Hence the need to enhance the technical platform of dental practices and the implementation of universal health coverage to overcome the problem of the cost of dental care.

Keywords: Health skills, oral doctors, pregnant women, Yaoundé.

INTRODUCTION

La prise en charge bucco-dentaire est un domaine vaste qui peut être spécifique pour des groupes à risque en l'occurrence les femmes enceintes. C'est ainsi qu'elle a très souvent été occultée par manque de recommandations nationales de bonnes pratiques et par crainte d'éventuels risques de tératogénicité représentant un défi pour le médecin bucco-dentaire.

La grossesse est un état physiologique caractérisé par d'importantes modifications hormonales et immunitaires pouvant avoir des répercussions bucco-dentaires chez la femme enceinte ; favorisant ainsi l'apparition d'épulis gravidique, des gingivites, notamment la gingivite gravidique pouvant évoluer vers une parodontite et engendrer la perte des dents. Par ailleurs, les modifications quantitatives et qualitatives de la salive avec l'augmentation de l'acidité et la chute du pouvoir tampon contribuent à une augmentation du risque d'érosion dentaire, du risque carieux et à une progression plus rapide des lésions carieuses préexistantes [1]. Sur le plan de la prévention, la grossesse constitue une période privilégiée pour donner à la mère tous les conseils nécessaires avant la naissance de son bébé [2].

La carie dentaire affecte de nombreuses femmes enceintes et il a été récemment montré qu'en France, environ 50 % d'entre elles présentaient au moins une dent cariée non traitée; 57 % des femmes interrogées avaient ressenti un problème bucco-dentaire durant la grossesse et 20 % précisaient une douleur dentaire[3] ; mettant en évidence la nécessité pour le médecin buccodentaire (MBD) de posséder de parfaites compétences vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte (FE) pour des soins, à moindre risque.

Dans la même étude Plus de la moitié des femmes (56 %) n'avaient pas consulté de médecin bucco-dentaire, et seul 26% et 18% l'avaient fait pour une pathologie bucco-dentaire et un bilan bucco-dentaire respectivement.[3]

Une autre étude réalisée aux Etats unis révélait que seul 22 à 34 % des femmes américaines consultaient un médecin bucco-dentaire durant leur grossesse. Plus marquant encore, parmi celles qui présentaient des symptômes bucco-dentaires, seulement la moitié consent à consulter [4]. Les femmes enceintes américaines interrogées, présentant un contexte socioéconomique favorable, se rendaient davantage chez leur médecin bucco-dentaire, avec une prévalence de 49 %.[4]

Au Cameroun Les affections bucco-dentaires sont fréquentes chez la femme enceinte.[5] Une étude menée en 2006 au Cameroun a montré que la pathologie bucco-dentaire de la femme enceinte était dominée par les caries dentaires (97,3%) de femmes présentaient au moins une dent cariée), les maladies parodontales et le ptyalisme. Les pathologies parodontales les plus rencontrées étaient des gingivites dont les gingivites hyperplasiques (46,4%) et les gingivites catarrhales (26,2%). Le ptyalisme était observé chez 37,2% des femmes.[5]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les compétences en matière de santé comme la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de la médecine. Elles englobent des compétences de base, des compétences scientifiques, des compétences citoyennes, des compétences culturelles. Le médecin bucco-dentaire qui possède des compétences limitées pourrait éprouver des difficultés à prodiguer des conseils justes et à effectuer des soins appropriés.

Ainsi faut-il évaluer les compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte. Plus spécifiquement il s'agit: (i) de déterminer le niveau de connaissances des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte; (ii) d'identifier les attitudes des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires (ABD) chez la femme enceinte et de (iii) décrire les pratiques des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

I.1. JUSTIFICATION

Au cours des dernières années, la santé bucco-dentaire des femmes enceintes a suscité un intérêt croissant en raison du fait qu'elles n'ont pas toujours accès à des soins de santé bucco-dentaire pendant leur grossesse, en dépit des preuves qu'une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des effets néfastes sur leur santé et celle de leur enfant. De plus, La gestion dentaire des patientes enceintes nécessite une attention particulière. Les MBD peuvent retarder certaines procédures électives afin qu'elles coïncident avec les périodes de grossesse consacrées à la maturation par rapport à l'organogenèse. À d'autres moments, ils doivent modifier leur arsenal pharmacologique normal pour répondre aux besoins des patients par opposition aux demandes du fœtus. Les compétences de santé des MBD vis-à-vis de la prise en charge des ABD chez la femme enceinte, ont rarement été décrits dans la littérature africaine, et au Cameroun. De plus l'absence de consensus national sur leur prise en charge justifie la réalisation de la présente étude.

I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE

I.2.1. Question principale

Quel est le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?

I.2.2. Questions secondaires

- 1- Quel est le niveau de connaissances des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?
- 2- Quelles sont les attitudes des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?
- 3- Quelles sont les pratiques des médecins bucco-dentaires dans les cabinets dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?

I.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

I.3.1 Hypothèse principale

Un bon niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires de la femme enceinte va contribuer au bon déroulement de la grossesse.

I.3.2 Hypothèses Secondaires

- 1- Un bon niveau de connaissances des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires de la femme enceinte permettra d'éviter des complications de la grossesse.

- 2- Des attitudes justes des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte vont accroître leur fréquence au cabinet dentaire.
- 3- Des pratiques adéquates des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte vont réduire le risque de compromettre le déroulement de la grossesse.

I.4. OBJECTIFS

I.4.1. Objectif général

Evaluer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.

I.4.2. Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer le niveau de connaissances des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.
- 2- Identifier les attitudes des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.
- 3- Décrire les pratiques des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.

I.5. CADRE CONCEPTUEL

I.5.1. Schéma conceptuel

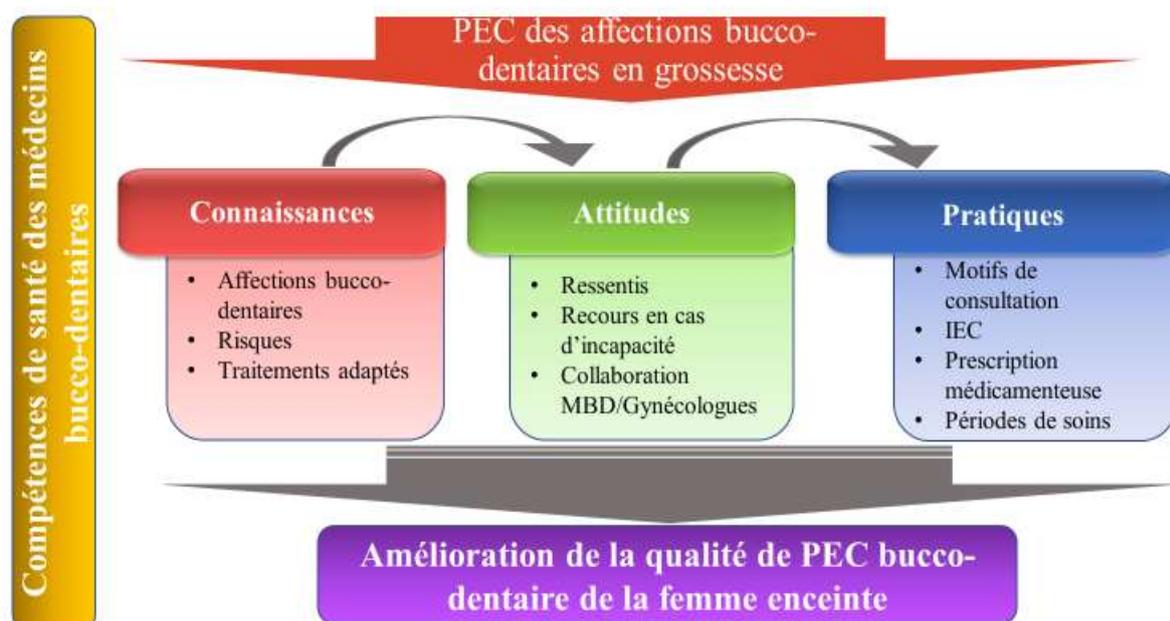


Figure 1 : Schématisation de la problématique

I.5.2. Liste des variables

a. Données socioprofessionnelles :

- Âge
- Durée de formation
- Durée d'exercice
- Lieu d'exercice
- Pays de formation
- Qualification
- Sexe

b. Connaissances :

- Affections bucco-dentaires en grossesse
- Soins bucco-dentaires en grossesse
- Risques liés aux médicaments et aux soins
- Prise en charge

c. Attitudes :

- Abstention thérapeutique
- Doute sur la PEC
- Recours en cas d'incapacité dans la PEC
- Défaut d'information sur la PEC
- Collaboration MBD/Gynécologues obstétriciens

d. Pratiques :

- Fréquence et motif des visites
- IEC
- Fréquence des soins
- Période des soins
- Traitement médicamenteux
- Urgence odontologique en grossesse
- Référence

e. Recommandations :

- Actualisation des connaissances
- Amélioration des performances
- Politique nationale de PEC de la femme enceinte

I.5.3. Définitions des termes opérationnels

Abstention thérapeutique : Décision d'un MBD de ne pas prendre en charge une femme enceinte souffrant d'affection bucco-dentaire.

Actualisation des connaissances : mise à jour du niveau de connaissances des MBD afin de leur permettre de préserver leur compétitivité mais également, dans une optique extra-professionnelle, de travailler à leur propre épanouissement.

Affections bucco-dentaires en grossesse : Ensemble des morbidités bucco-dentaires dues aux modifications physiologiques engendrées par la grossesse.

Attitudes : Ensemble de croyances, perception, représentations et motivations qu'ont les médecins bucco-dentaires vis-à-vis de la prise en charge des femmes enceintes. [40]

Compétences : Connaissances, attitudes et aptitudes communicationnelles, psychomotrices et décisionnelles suffisantes qu'ont les médecins bucco-dentaires pour diagnostiquer et prendre en charge les affections bucco-dentaires au cours de la grossesse avec un niveau de maîtrise défini.[40]

Complication : Évolution défavorable d'une maladie, d'un état de santé ou d'un traitement médical.

Connaissances : Fonds d'informations grâce auxquelles les médecins bucco-dentaires sont en mesure de bien comprendre les affections bucco-dentaires pendant la grossesse, leur impact sur l'évolution de la grossesse, en ayant la capacité de l'utiliser pour leurs prises en charge.

Facteurs de risque : Tout attribut, caractéristique ou exposition d'une femme enceinte qui augmente la probabilité de développer une affection bucco-dentaire ou d'en souffrir.

Pratiques : Comportements acceptés fondés sur des codes de conduite, habitudes, lignes directrices, modalités et procédures types adoptés par les médecins bucco-dentaires afin de diagnostiquer et de prendre en charge les pathologies bucco-dentaires pendant la grossesse. [40]

Référence : action qu'a un MBD de diriger une patiente enceinte vers une autre structure sanitaire pour une meilleure prise en charge.

Santé : un complet état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. [40]

Traitement : Protocole médical en vue d'enrayer les affections bucco-dentaires chez les femmes enceintes.

Urgence odontologique en grossesse : Elle désigne la situation de douleur aiguë dans laquelle se trouve une patiente enceinte. Cet état peut s'accompagner d'infection, de fièvre et de gonflement des muqueuses.

I.6. INTERET DE LA RECHERCHE

L'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des médecins bucco-dentaires vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires des femmes enceintes permettrait d'élaborer des recommandations afin d'harmoniser les pratiques dans notre contexte et de renforcer les capacités de ces praticiens sur les risques encourus pour cette dernière et son fœtus et les différentes modalités de prise en charge.

I.7. CADRE THEORIQUE

L'étude s'inscrit en médecine bucco-dentaire au vu de l'aspect prise en charge des affections bucco-dentaires, gynéco-obstétrique en raison de l'intérêt de l'étude à l'endroit des femmes enceintes et en santé publique sur la base de l'évaluation des compétences des professionnels de la santé bucco-dentaire.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES

II.1.1. GROSSESSE ET SANTE BUCCO-DENTAIRE

Les modifications hormonales au cours de la grossesse peuvent avoir des répercussions au niveau de la cavité buccale, en particulier au niveau du parodonte. Il est néanmoins difficile de distinguer les désordres bucco-dentaires déclenchés par la grossesse, de ceux préexistants et aggravés par la grossesse. Le parodonte (du grec *para* « à côté de » et *odontos* « dent ») est constitué par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent les dents. Il comprend les gencives (libre et attachée), l'os alvéolaire, le ligament parodontal (ou desmodonte) et le ciment (Figure 1). Une gencive saine se caractérise par un aspect piqueté "en peau d'orange", traduisant l'insertion de bouquets de fibres de collagène qui tendent l'épithélium sus-jacent (Figure 2) [6]. Il existe deux types de maladie parodontale : la gingivite et la parodontite. La plaque bactérienne constitue l'étiologie principale des maladies parodontales ; le contrôle de cette plaque représente l'objectif thérapeutique principal. Ainsi sont représentés les structures du parodonte sur la figure 2 suivante.

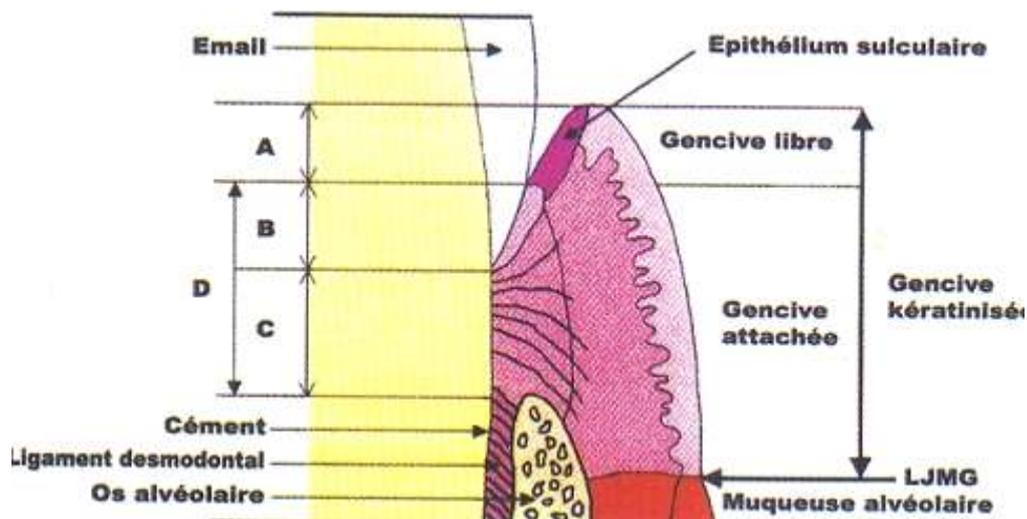


Figure 2: Structures du parodonte [6]

Cette figure illustre les différents tissus qui constituent le parodonte.

II.1.1.1. Modifications hormonales

Les modifications hormonales et l'altération des défenses immunitaires sont responsables du changement de la composition salivaire et de la flore buccale de la femme enceinte. La muqueuse de la cavité buccale possède les mêmes caractéristiques que la muqueuse utérine. Elle est constituée d'un épithélium pavimenteux pluristratifié sensible aux modifications hormonales et notamment aux hormones stéroïdiennes [8]. Parmi ces changements hormonaux, il est observé une élévation du taux de progestérone dont la sécrétion est multipliée par 10 pendant la grossesse [9]. Cette élévation conduit à une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité capillaire [10]. L'augmentation de la quantité de la progestérone dans les

muqueuses buccales va favoriser la prolifération de germes dans la cavité buccale conduisant notamment à une recrudescence des gingivites [11]. Par ailleurs, la présence de divers germes au niveau buccal est favorisée par la progestérone, du fait de son action immunosuppressive. C'est ainsi qu'une modification de la flore supra- et sous-gingivale est observée, illustrée par l'augmentation du nombre de bâtonnets Gram négatif. Les pathogènes parodontaux et cariogènes sont multipliés. [43]

II.1.1.2. Ptyalisme

Au cours de la grossesse, certaines patientes développent une augmentation de la sécrétion salivaire. Cette majoration de la salivation est liée à la diminution de la déglutition associée à une augmentation de la perméabilité capillaire. Le ptyalisme est une perturbation qui peut perdurer pendant toute la grossesse [8].

II.1.1.3. Acidification du pH buccal

Pendant la période gravidique, le pH salivaire diminue, il passe de 6,7 à 6,2. Cette légère baisse conduit à une diminution du pouvoir tampon. L'acidification de la cavité buccale est propice au développement des bactéries parodonto-pathogènes et cariogènes [8][9]. Le phénomène peut être majoré par les vomissements répétés plus ou moins sévères du début de grossesse, ainsi que par les reflux gastro-œsophagiens qui favorisent des "attaques" acides et des érosions de l'émail dentaire. Une diminution du débit salivaire au cours des trois derniers mois peut, par ailleurs, être observée. Les grignotages, fréquents pendant la grossesse, ont tendance à aggraver la situation. [43]

II.1.1.4 Modifications alimentaires et vomissements

Durant cette période, il est observé une modification des habitudes alimentaires (grignotage, excès de sucre...). Ces changements sont déterminés par des facteurs culturels et socio-économiques favorisant la chute du pH de la sphère buccale. Les vomissements gravidiques vont également participer à la chute du pouvoir tampon de la salive favorisant l'activité métabolique des germes buccaux acidophiles entraînant la destruction des tissus minéraux dentaires. L'ensemble de ces changements va modifier l'environnement physiologique de la sphère buccale qui deviendra ainsi plus sensible aux bactéries (*porphyromas gingivalis*, *fusobacterium nucleatum*) permettant alors le développement des maladies parodontales. [12] Toutes ces modifications physiologiques auront une répercussion sur la cavité buccale de la femme enceinte avec une probabilité accrue à développer certaines pathologies.

II.1.2. PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

II.1.2.1. La Gingivite gravidique

La gingivite gravidique est une maladie inflammatoire fréquente pendant la grossesse. Près d'une femme sur deux est atteinte par cette pathologie pendant la grossesse [13]. L'apparition

de cette inflammation est liée à l'accumulation de la plaque dentaire sur la gencive. Ce biofilm progresse rapidement à cause des modifications qui s'opèrent pendant la grossesse et des mauvaises habitudes de vie (grignotage, tabac, alcool...etc.) [18]. Les signes cliniques associent la présence d'un œdème de la gencive libre (qui devient lisse et brillante), d'une rougeur (liseré framboisé autour des dents) et de gingivorragies, provoquées ou spontanées. Elle peut aussi se manifester malgré une faible présence de plaque sur les faces dentaires (Figure 3).



Figure 3 : Gingivite gravidique [17]

Histologiquement, la gingivite gravidique ne diffère pas de la gingivite survenant en dehors des périodes de grossesse [19]. La prévalence varie de 35% à 100% [20].

Cette variabilité peut être attribuée à la diversité des critères de jugement employés. La gingivite gravidique apparaît durant le deuxième mois de grossesse, progresse au fur et à mesure des mois, jusqu'à atteindre un pic au huitième [17]. Après l'accouchement, les tissus gingivaux recouvrent généralement leur aspect initial, sans que cela signifie automatiquement un retour à la santé gingivale. Elle n'est ressentie comme douloureuse que dans les formes les plus sévères. D'après l'étude réalisée en 2009, la gingivite est généralement plus sévère chez les femmes ayant déjà eu des enfants que chez les primipares [21]. La gingivite est généralement peu indolore et parfois associée à de légers saignements. L'inflammation gingivale pourra être considérablement diminuée par une bonne hygiène dentaire et alimentaire associée au détartrage.

II.1.2.2. L'épulis

L'épulis est une lésion hypertrophique localisée principalement sur la gencive maxillaire antérieure généralement entre deux dents. Facilement reconnaissable, elle touche environ 1 à 5% des femmes enceintes [19]. Cette hyperplasie gingivale réapparaîtra lors des prochaines grossesses et l'atteinte sera plus précoce et plus volumineuse. Cliniquement, l'épulis se présente comme une tuméfaction gingivale, d'aspect rouge, nodulaire unique ou polylobée, de

consistance ferme, indolore (Figure 4). Ces lésions hormonodépendantes saignent facilement mais ne sont pas douloureuses. Toutefois, elles peuvent devenir gênantes et une exérèse chirurgicale devra être envisagée. Leur aspect est illustré par la figure 4 ci-après.



Figure 4 : Épulis gravidique situé dans la région incisive maxillaire [17]

Cette tuméfaction peut être ulcérée et saigne facilement, son accroissement est souvent rapide. Son étiologie reste inconnue, bien qu'un traumatisme ou une hygiène insuffisante et des modifications hormonales soient associées à son développement. L'épulis régresse après l'accouchement ou à l'arrêt de l'allaitement et récidive souvent lors des grossesses ultérieures, plus précocement et avec un volume plus important.[17]

II.1.2.3. Les Parodontites

Une gingivite non traitée peut parfois évoluer en parodontite. Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui s'expriment par des inflammations gingivales (gingivite) pouvant être associées à la destruction du support osseux (parodontite). L'infection se développe initialement par la croissance d'un biofilm dentaire (plaque dentaire), qui va produire une inflammation gingivale. Le nouvel environnement bucco-dentaire lié à la grossesse va induire la croissance de bactéries pathogènes telles que les bactéries gram négatifs (BGN) anaérobiques [13]. L'exposition à ces bactéries conduit à la stimulation de l'ensemble des mécanismes inflammatoires. Ces bactéries entretiennent la destruction des tissus parodontaux. La parodontite est associée à de nombreux facteurs de risque et/ou facteurs aggravants, notamment la prédisposition génétique, les maladies systémiques, un environnement dento-gingival défavorable, une hygiène bucco-dentaire insuffisante et un faible niveau socio-économique. Les signes cliniques d'une parodontite sont ceux de la gingivite, associés à une alvéolyse, responsable de récessions parodontales et/ou de poches parodontales. À long terme, la parodontite aboutit à la mobilité des dents, et finalement à leur perte. Sur le plan épidémiologique, les études observationnelles montrent une forte prévalence des maladies

parodontales (gingivite et parodontite confondues) dans la population adulte générale, les besoins en soins concernant environ 90% des individus [14]. Toutefois, 10 à 15% des individus présentent des formes sévères de parodontite (avec perte avancée des tissus parodontaux), nécessitant la mise en place de traitements complexes [15]. En France, près de 50% des adultes présentent une perte d'attache sévère [16]. Dans l'étude EPIPAP, la fréquence de la parodontite chez les femmes du groupe témoin (accouchement à terme) varie entre 12,2% et 37,7%, selon les définitions de la parodontite utilisées. La parodontite est une maladie qui évolue par phases, et dont la progression est lente. Dans les formes chroniques, la vitesse de perte osseuse autour de dents atteintes est estimée entre 0,05 et 0,3 mm/an [17]. Dans les formes agressives, la vitesse de perte osseuse est estimée à environ 1 mm/an [17]. Ainsi, neuf mois ne sont pas suffisants pour diagnostiquer une parodontite chronique qui débiterait durant une grossesse.



Figure 5 : Parodontite chez la femme enceinte

II.1.2.4. Les mobilités 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 [23]. 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 rétrocede rapidement après l'accouchement [22].

II.1.2.5. L'érosion dentaire

L'érosion se définit comme la dissolution progressive et irréversible 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 ainsi que la consommation de boissons acides en dehors des repas [22]. Le processus évolue insidieusement, la plaque dentaire n'est pas impliquée. Il faut conseiller à la patiente de ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements, mais d'attendre au moins une heure, car l'acidité gastrique couplée à l'effet mécanique du brossage potentialise l'érosion amélaire [30]. Pour permettre une remontée immédiate du pH buccal après vomissements, il faut plutôt privilégier la réalisation d'un bain

de bouche au bicarbonate de sodium, ou bien à défaut un rinçage à l'eau. Les surfaces les plus touchées sont les faces palatines des incisives et canines maxillaires (Figure 7).



Figure 6 : Érosions consécutives à des vomissements répétés [17]

Ces zones d'érosions peuvent avoir pour conséquence des hypersensibilités dentaires et favoriser l'évolution des caries dentaires.

II.1.2.6. La carie dentaire

La carie est liée à la déminéralisation du tissu dentaire qui est causée par l'accumulation d'hydrates de carbone dans la cavité buccale. Ces sucres vont interagir avec des bactéries qui ont des propriétés cariogènes [8]. La grossesse ne fait que révéler les caries déjà existantes. Les caries doivent être traitées même pendant la grossesse car elles peuvent évoluer vers un processus infectieux plus grave. Elle affecte 40 à 50% des adultes dans les pays industrialisés [23]. La lésion carieuse se traduit par une rupture du cycle déminéralisation-reminéralisation de la surface de l'émail. En l'absence de prévention et de traitement, l'évolution clinique d'une lésion carieuse est la suivante : Perte de translucidité de l'émail qui devient blanc crayeux lorsqu'il est déshydraté (« white-spot ») (Figure 7).



Figure 7 : Lésions de type « white spots », en positions cervicales [8].

À ce stade, la reminéralisation de la lésion est possible. Si le déséquilibre déminéralisation-reminéralisation persiste, la surface de l'émail déminéralisé s'effondre, entraînant une cavitation. (Figure 7)

A ce stade, le complexe pulpo-dentinaire est touché, avec de grandes variations interindividuelles dans le degré de douleur ressentie et de réaction pulpaire.

Le processus de déminéralisation progresse, et peut continuer jusqu'à détruire une partie importante des structures dentaires (Figure 8).

Les effets de la grossesse sur l'initiation ou la progression de la carie admettent que les modifications de l'environnement buccal durant la grossesse auraient tendance à favoriser la carie : vomissements fréquents, multiplication de certaines bactéries cariogènes, diminution du pH salivaire et de son pouvoir tampon, changements de la composition salivaire et hygiène bucco-dentaire défavorable en raison de saignements gingivaux importants.

Il est admis que la grossesse provoque des répercussions néfastes sur la sphère buccale. Mais depuis l'étude « Princeps » réalisée en 1996, il apparaît un probable lien entre pathologie dentaire et complications obstétricales.

II.1.3. IMPACT DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES SUR LA GROSSESSE

Depuis près de 15 ans de nombreuses études ont été réalisées afin de mettre en évidence l'influence des pathologies dentaires sur la grossesse. De ces études plusieurs hypothèses ont été développées pour expliquer la corrélation entre affections bucco-dentaires et complications obstétricales.

- Les bactéries parodonto-pathogènes présentes dans la cavité buccale, vont traverser la muqueuse ulcérée. Ce passage va provoquer une bactériémie. Ces bactéries parodonto-pathogènes atteindraient l'utérus par voie sanguine. Cette dissémination pourrait provoquer des contractions utérines qui aboutiraient à des accouchements prématurés et/ou à la naissance d'enfant hypotrophe [24].
- Lors d'une infection du parodonte, les médiateurs de l'inflammation vont être sollicités. Parmi ces cytokines, il est retrouvé TNF- α , IL-1, IL-6, qui vont être transportées dans le sang et traverser la barrière placentaire. Cela pourrait alors conduire à des complications obstétricales [24].
- La troisième théorie, moins répandue, a été formulée la première fois en 2002. Elle concerne la prédisposition à une réponse hyper-inflammatoire après une agression bactérienne [25]. Ainsi à partir de ces hypothèses de nombreuses études ont montré l'implication des pathologies dentaires dans certaines pathologies potentiellement graves de la grossesse [26,27].

II.1.3.1. Corrélation affections bucco-dentaires, naissance prématurée de petit poids

D'après les chiffres de la HAS, il est estimé que 6,3 % des naissances sont prématurées [26]. Le taux d'hypotrophie est de 8,7 % en Île-de-France [27]. Ces pathologies sont d'origine multifactorielle et font intervenir l'âge de la mère, l'ethnie, la parité, l'hypertension artérielle, les infections, le statut socio-économique, la consommation d'alcool et de tabac.

L'étude d'Offenbacher de 1996, est la première étude qui a rapporté que 18 % des naissances prématurées seraient dues à une parodontite chez la mère [28]. Après cette étude de nombreux autres écrits sur le sujet ont confirmé cette hypothèse. Les méta-analyses de Vergnes et al, ainsi que de Xiong et al, ont permis d'établir une corrélation entre affections parodontales et effets obstétricaux délétères [29]. Dans la méta-analyse de Xiong et coll., paru en 2006, sur les 13 études cas contrôles, huit révélaient une corrélation entre maladies du parodonte, accouchements prématurés ou hypotrophie (odds ratio 1,1 et 7,5). Le risque augmentait avec la sévérité de la parodontite. Quatre des 13 études ne mettaient pas en évidence d'association. Cependant, les analyses présentées dans cette méta-analyse n'avaient pas les mêmes « protocoles de sélection des patientes » [29]. La méta-analyse réalisée par Vergnes et Sixou, en 2007, montraient clairement qu'il existe un lien entre maladie dentaire et effets néfastes sur la grossesse (OR 2.83; IC 1,95-4,10 ; $p < 0.001$) [24]. Une autre étude réalisée par les équipes d'Offenbacher, en 2008, montraient que l'odds ratio d'avoir une maladie parodontale et un enfant prématuré de petit poids de naissance comparé à l'absence de maladie parodontale était de 7,9 [26]. Des études mettraient également en avant un lien entre maladies parodontales et survenue de prééclampsie.

II.1.3.2. Corrélation entre les affections bucco-dentaires et prééclampsie

La prééclampsie est l'association d'une HTA à une protéinurie ($> 0,3$ grammes/24 heures) survenant après 20 semaines d'aménorrhées. Dans la méta-analyse de Xiong et coll, il apparaissait qu'une étude a pu établir une relation entre pathologie dentaire et prééclampsie avec odds ratio de 3,47 [29]. Une étude cas-témoin a étudié l'association entre la maladie parodontale et la prééclampsie. Cette analyse a conclu au fait que la pathologie parodontale était associée au risque de développer cette maladie hypertensive. Cependant, les auteurs sont prudents et mettent en avant le caractère multifactoriel de ces deux pathologies.

Une autre étude mettait également en évidence cette potentielle association. Elle réalisa un examen buccal associé à l'étude de la protéine-C-réactive sur le sérum maternel. Cette analyse révélait que les femmes avec une maladie parodontale et une CRP supérieure au 75ème percentile étaient à risque accru de prééclampsie (RR ajusté de 5,8), par rapport aux femmes sans la maladie parodontale et ayant une CRP inférieure ou supérieure au 75e percentile [30]. Il semble désormais admis que les affections de la cavité orale peuvent influencer le

déroulement de la grossesse. Or, les conduites addictives vont potentialiser les effets des pathologies dentaires sur les complications de grossesse.

II.1.3.3. Maladies parodontales, tabac et grossesse

Les fumeurs sont deux à sept fois plus exposés que les non-fumeurs à développer des maladies parodontales [31]. En effet, la consommation de tabac a un effet direct sur la bouche puisqu'elle entraîne un assèchement de la bouche et induit une modification de la quantité et de la qualité de salive. Provoquant alors, un épaissement des muqueuses. Ces modifications vont favoriser le développement des caries et des problèmes au niveau des gencives. Le tabagisme peut aussi aggraver la perte d'attache des dents [32]. Ainsi, le tabac renforce l'infection parodontale notamment par le biais de la nicotine. La femme enceinte « fumeuse » multiplie par cinq le risque initial de parodontite. Cet effet, est accentué par la quantité de tabac consommé [31].

Le tabac va également augmenter le risque de développer un diabète. En effet, fumer, entraîne une élévation du taux d'hémoglobine glyquée. De plus, la nicotine, peut, en plus, provoquer une hyperglycémie transitoire. Par le tabac, la femme enceinte augmente son risque de développer un diabète. Le diabète étant lui aussi un facteur de risque dans le développement de parodontite et dans les effets de la grossesse [31]. Le tabac augmente donc les effets néfastes sur le parodonte et donc sur la grossesse.

II .1.3.4. Maladies parodontales, alcool et grossesse

L'alcool a les mêmes effets que le tabac sur la cavité buccale. Il entraîne en plus une usure des dents, une mauvaise haleine ainsi qu'une dégradation importante de la dentition. Quoi qu'il en soit l'alcool est une substance strictement interdite pendant la grossesse. La consommation d'un verre seulement pendant la grossesse peut avoir des effets très délétères pour le fœtus [31].

II.1.4. TRAITEMENT DES PATHOLOGIES DENTAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

II .1.4.1. Organisation de la séance de soins

Les traitements dentaires pourront être effectués pendant toute la grossesse, si l'intervention paraît nécessaire. Il est tout de même admis que le deuxième trimestre est la période la « plus sûre ». Cependant, il est important de prendre quelques précautions [34]. Pour limiter la fatigue et le stress de la patiente, il est conseillé de planifier de courtes séances de soins, d'une trentaine de minutes maximum. L'installation au fauteuil doit être la plus confortable possible, en privilégiant la position demi-assise. En effet, dès le 2^e trimestre (à partir de la 24^e SA exactement), en décubitus dorsal (ou position horizontale allongée sur le dos), l'utérus peut réduire le retour veineux en comprimant la veine cave inférieure. Il en résulte une hypotension maternelle, se manifestant sous forme de vertiges et de sensations de malaise malgré la position allongée : c'est le syndrome cave, qui toucherait 15 à 20 % des femmes enceintes. Il est donc

recommandé de travailler avec la patiente en position semi-assise, en appui sur le côté gauche grâce à un coussin placé sous sa fesse droite. La hanche droite doit ainsi être rehaussée de 10 à 15 cm et il ne faut pas hésiter à adapter régulièrement cette installation [4]. Le traitement de première intention consiste en l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire et le détartrage [33]. Les visites chez le dentiste sont fréquemment reportées après l'accouchement par crainte d'éventuels effets délétères des soins dentaires sur la grossesse. Il convient d'expliquer aux femmes enceintes que la plupart des actes bucco-dentaires peuvent se réaliser tout au long de la grossesse même si le second semestre doit être privilégié, du fait du risque de fausse couche lors du premier trimestre et de l'inconfort de la position semi-allongée au dernier trimestre. Cependant, les urgences inflammatoires et infectieuses doivent être traitées sans attendre, quel que soit le stade de la grossesse [43].

II .1.5.2. Soins parodontaux

Il est recommandé que les patientes enceintes puissent bénéficier d'un examen parodontal, et si nécessaire d'un détartrage et d'un surfaçage radiculaire, à tout stade de la grossesse. Ces traitements sont jugés sûrs et efficaces et doivent être entrepris selon les recommandations de bonnes pratiques [43], Ils améliorent sans aucun doute l'état de santé générale de la patiente et sa qualité de vie [43].

Tableau I : Recommandations de réalisation de soins parodontaux chez la femme enceinte [4]

Traitement d'urgence (réalisable à tout stade de la grossesse)	Traitement spécifique (à différer de préférence au 2ème trimestre)	Traitement spécifique (à différer après l'accouchement)
Enseignement au contrôle de plaque Détartrage Curetage Surfaçage radiculaire Exérèse d'épulis gravidique et autres gingivectomies Drainage abcès parodontal Pose contention parodontale	Lambeau d'assainissement	Élongation coronaire et chirurgies pré-prothétiques Chirurgie muco-gingivale Comblement osseux Chirurgie pré-implantaire Chirurgie implantaire

II.1.5.3. Soins conservateurs et endodontiques

Les soins conservateurs peuvent être réalisés à tout âge de la grossesse excepté les déposes de restaurations cavitaires à l'amalgame nécessitant la mise en place d'un champ opératoire obligatoire et sous aspiration à haute vitesse ainsi que la résection apicale avec obturation endodontique à retro qui doivent idéalement être différé en post partum [4].

II.1.5.4. Actes chirurgicaux

Tous les actes chirurgicaux curatifs visant à résoudre une infection, une inflammation ou une douleur, sont réalisables en urgence à tous les trimestres, à condition de respecter les précautions générales suscitées. Si l'urgence est relative et si l'acte peut être différé, la période la plus sécuritaire et confortable, pour la patiente comme pour le praticien, reste soit le 2^{ème} trimestre de grossesse soit après l'accouchement.

Tableau II : Recommandations de réalisation d'actes chirurgicaux chez la femme enceinte [4]

Traitement d'urgence (réalisable à tout stade de la grossesse)	Traitement spécifique (à différer idéalement au 2 ^{ème} trimestre ou après l'accouchement)
Avulsion simple	Avulsion de dents sous-muqueuses ou incluses
Avulsion complexe sur arcade, nécessitant une séparation corono-radicaire, avec ou sans alvéolectomie	Germectomie (en particulier des dents de sagesse)
Incision et drainage de cellulite collectée	Énucléation kystique

II.1.5.5. Radiographie

Pendant la grossesse, des examens radiographiques pourront être réalisés. En effet, quand cela est nécessaire le praticien pourra y avoir recours. L'irradiation buccale est très faible, bien inférieure aux doses tératogènes. Durant cet examen, la femme devra être munie d'un tablier de plomb recouvrant son abdomen, dont l'utilisation relève plutôt d'une obligation médico-légale [38]. La commission internationale de protection radiologique (CIPR) indique que le radiodiagnostic dentaire « *peut être pratiqué sans risque chez la femme enceinte* » [38].

Selon l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN), les doses efficaces absorbées par la patiente sont de l'ordre de 1 à 8 μSv pour un cliché intrabuccal, équivalentes à moins d'une journée d'exposition naturelle, et de 4 à 30 μSv pour une radiographie panoramique dentaire. Autrement dit, la dose délivrée au fœtus lors de tout examen radiologique dentaire de routine (de 0,3 à 1 μSv) est inférieure à son exposition naturelle quotidienne (évaluée à 7 μSv). Puisque le champ d'irradiation reste limité à la sphère buccale et que les doses de rayonnements ionisants sont faibles, la prise de clichés radiologiques est autorisée à toute période de la grossesse. La règle d'or en matière de radioprotection (ou principe ALARA) nous demande néanmoins de limiter le nombre de clichés et de les réserver aux situations où la patiente en tirera un bénéfice médical direct. L'irradiation doit être optimisée, pour qu'elle soit « aussi faible que raisonnablement possible » [4]. L'IRSN conseille l'utilisation d'un tablier abdominal de plomb et d'un collier thyroïdien. Pour les explorations volumiques tridimensionnelles de type Cône-Beam, la dose efficace est plus complexe à calculer, mais ne dépasse jamais 10 mGy

[4]. La dose délivrée au fœtus semble ainsi acceptable, mais en urgence, rares sont les indications de cet examen 3D chez la femme enceinte. Il paraîtrait donc précautionneux de le différer après l'accouchement [4].

Tableau III : Recommandations de réalisation des radiographies chez la femme enceinte [4]

	Irradiations	Autorisées	Déconseillées	Contre-indiquées
Radiographies endo-buccales	Rétro-alvéolaire	X		
	Rétro-coronaire (bitewing)	X		
	Occlusale (mordu occlusal)	X		
	Bilan long-cône	X		
Radiographies exo-buccales	Panoramique	X		
	Face Basse		X	
	Maxillaire défilé (incidence Blondeau, Hirtz, nez-front-plaque)		X	
	Téléradiographie		X	
	Sialographie			X (car PCI)
	Cône-Beam		X	
	Scanner		X	

II.1.5.6. Les médicaments en odontologie

La prescription médicamenteuse au cours de la grossesse suscite généralement une inquiétude commune à la patiente et au praticien. Outre les risques fœtotoxiques et tératogènes qu'il faut connaître, les propriétés pharmacodynamiques et pharmacocinétiques des médicaments peuvent différer au cours de la grossesse [4]. La prescription de médicament chez la femme enceinte est toujours « à risque » du fait du risque de tératogénicité et fœtotoxicité. Un médicament pourra être tératogène entre le 14^{ème} et le 56^{ème} jour. Après, il sera dit « foeto-toxique » pour l'enfant. Tout comme pour les soins dentaires, il semble que le second trimestre soit la période la moins à risque pour la prescription de médicament. En effet, le placenta est une barrière lipoprotéique, perméable au médicament dont le poids moléculaire est inférieur à 600Da. De plus, au fur et à mesure de la grossesse l'épaisseur du placenta va diminuer facilitant notamment les échanges entre la mère et le fœtus [34].

II.1.5.6.1. Les antalgiques

La douleur doit être traitée au plus tôt, d'abord par un geste thérapeutique adéquat (par exemple une trépanation pulpaire, un drainage d'abcès parodontal...), mais aussi par une prescription adaptée d'antalgiques. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [41], il faut identifier les facteurs prédictifs de l'intensité de la douleur, pour adapter par palier la nature et la durée du traitement antalgique, mais aussi couvrir le nycthémère. Les algies bucco-dentaires s'étendent généralement du palier I : douleurs faibles cédant au paracétamol ou aux

anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à visée antalgique (déconseillés voire contre-indiqués chez la femme enceinte car vont inhiber la synthèse des prostaglandines entraînant une vasoconstriction du rein et de l'appareil cardio-pulmonaire. Ainsi, lors du troisième trimestre, les AINS pourront, par exemple, provoquer la fermeture précoce du canal artériel. Ces antalgiques pourront, potentiellement, induire une insuffisance rénale, cardiaque pouvant aboutir à la mort fœtale in utéro) au palier II A : douleurs intenses à modérées, pour lesquelles plusieurs schémas thérapeutiques sont envisageables : prescription d'opioïdes faibles (codéine ou tramadol), associés ou non avec du paracétamol [4]. Aucune toxicité fœtale n'a été démontrée. Ainsi, les associations paracétamol dextropropoxyphène et paracétamol codéine pourront être utilisées pour soulager des douleurs modérées en cures courtes. Lorsqu'ils seront pris à dose élevée près du terme, il pourra être observé des syndromes de sevrage chez le nouveau-né [35].

II.1.5.6.2. Les anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires comportent deux classes de médicaments, les non stéroïdiens (ou AINS) et les glucocorticoïdes (ou AIS). D'après les recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale [4], les AINS prescrits en odontologie n'ont pas d'effet significatif sur les manifestations inflammatoires, comme l'œdème postopératoire ou le trismus. Ils doivent donc être considérés uniquement comme des antalgiques. Leur prescription est vivement déconseillée jusqu'à la 24^{ème} SA (soit jusqu'au 5^e mois de grossesse) et totalement contre-indiquée après cette date. Il existe un véritable risque de toxicité fœtale et/ou néonatale grave, après la prise d'un AINS par la mère en fin de grossesse : mort fœtale *in utero*, mort néonatale. Ce risque existe même si la prescription d'AINS est brève (un seul jour par exemple) et même à posologie usuelle. Ce sont les glucocorticoïdes de synthèse, qui sont indiqués pour la prévention des manifestations inflammatoires. La prescription des AIS est autorisée durant la grossesse uniquement en cure courte de 3 jours, à raison d'une dose quotidienne moyenne de 1 mg/kg de poids corporel, en prise unique le matin.

Tableau IV : Recommandations d'antalgiques et AINS chez la femme enceinte [4]

	Classe d'antalgiques et d'AINS à dose antalgique (DCI)	Posologie journalière
Autorisés	Paracétamol	3 à 4 g/j maximum, intervalle d'au moins 4 heures entre prise, pendant 3 à 4 jours
	Paracétamol codéiné	Selon les spécialités, 30 à 50 mg de codéine sont associés à 500 à 600 mg de paracétamol.
Déconseillés	AINS (5 premiers mois)	1200 mg/j maximum, pendant 3 jours

Contre-indiqués	Acide acétylsalicylique (5 premiers mois)	3 g/j maximum
	Tramadol (seul ou en association)	Seul : 400 mg/j maximum associé à du Paracétamol :37,5 mg/325 mg
	Paracétamol + Opium	1 à 2 gélules (300 mg/10 mg), toutes les 4 heures maximum
	AINS (dès le 6e mois)	Se référer à chaque spécialité
	Acide acétylsalicylique (dès le 6e mois)	3 g/j maximum

II.1.5.6.2. Les antibiotiques

Selon les recommandations de l'ANSM [4], l'antibiothérapie curative ne doit ni différer ni se substituer au traitement étiologique non médicamenteux du foyer infectieux. La monothérapie est toujours de règle en première intention. Définie comme un état physiologique particulier de la femme, la grossesse ne doit pas être assimilée à une immunodépression et ne justifie donc pas à elle seule la prescription d'une antibioprofylaxie, une heure avant la réalisation d'un geste invasif. Lorsqu'une femme enceinte présente une infection de la cavité buccale, il sera nécessaire d'avoir recourt aux antibiotiques. En médecine dentaire, c'est la pénicilline qui est prescrit en première intention. Aucune étude n'a décrit d'effet fœto-toxique ou tératogène avec les antibiotiques [35][36]. Chez une femme présentant une allergie à la pénicilline, on s'orientera vers les macrolides (exemple : l'érythromycine) [35]. Pendant la grossesse, il existe une modification des volumes de distribution, avec une augmentation du débit sanguin. Ainsi, la prescription médicale doit tenir compte de ces changements et augmenter si nécessaire la dose thérapeutique [37]. Afin de prescrire dans les meilleures conditions, il convient de connaître le stade de la grossesse.

Tableau V : Recommandations de prescription d'antibiotiques chez la femme enceinte [4]

	Classe d'antibiotiques (DCI)	Posologie journalière
Autorisés	Amoxicilline	2 à 3 g/j (en 2 à 3 prises), pendant 7 jours
	Amoxicilline + Acide clavulanique (rapport 8/1)	2 à 3 g/j (en 2 à 3 prises), pendant 7 jours
	Clindamycine	1200 mg/j (en 2 prises), pendant 7 jours
	Azithromycine	500 mg/j (en prise unique quotidienne), pendant 3 jours
	Spiramycine	9 M UI/J (en 3 prises), pendant 7 jours
	Métronidazole	1,5 g/j (en 2 ou 3 prises), pendant 7 jours
	Pristinamycine	2 à 3g/J, pendant 7 jours.
Déconseillés	Josamycine	1 à 2 g/j, pendant 7 jours
	Clarithromycine	1 g/j, pendant 7 jours
Contre-indiqués	Cyclines	- 600 à 1200 mg/J, pendant 7 jours - 200 mg/J, pendant 7 jours

II.2.5.6.3. Les anesthésiques locaux

Deux arguments principaux justifient l'action fœtotoxique des anesthésiques locaux ou loco-régionaux à usage dentaire. La fraction libre des molécules anesthésiques parvient d'une part à franchir la barrière placentaire et la liposolubilité de la substance active permet d'autre part la fixation au fœtus. Il faut donc idéalement préférer un anesthésique possédant une forte liaison aux protéines plasmatiques et une liposolubilité réduite [4]. C'est l'articaïne qui remplit le mieux ces critères et qui reste la molécule de première intention, quel que soit le terme de la grossesse. La plus faible dose efficace est toujours recommandée. La technique « d'aspiration avant injection » doit être pratiquée pour limiter tout risque d'injection intra-vasculaire. En appliquant ces règles d'or, les concentrations plasmatiques des molécules anesthésiques restent très faibles et doivent rassurer la future mère [4]. La lidocaïne peut également être utilisée, notamment localement en anesthésie de contact (Xylocaïne® visqueuse 2 %, Dynexan® ou Aftagel®). L'utilisation des anesthésiques de surface est en effet possible quel que soit le terme de la grossesse, pour une courte période et sans dépasser les doses préconisées [4]. Selon les recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale [4], l'utilisation de vasoconstricteurs (adrénaline ou noradrénaline, à 1/100 000 ou 1/200 000) associée à une solution anesthésique est autorisée aux doses usuelles et à tout stade de la grossesse, car ils permettent de réduire la toxicité des molécules anesthésiantes, tout en augmentant la durée et la profondeur du bloc nerveux. Les doses de vasoconstricteurs utilisées dans les solutions anesthésiques locales commercialisées sont en effet si faibles, qu'il est très improbable qu'elles puissent affecter le débit sanguin utérin et provoquer toute contraction.

Tableau VI : Recommandations d'injection d'anesthésiques chez la femme enceinte [4]

Familles d'anesthésiques injectables	
Autorisés	Articaïne seule ou associé à l'adrénaline Lidocaïne seule ou associé à l'adrénaline Mépivacaïne seule ou associé à l'adrénaline Procaïne
Déconseillés	Bupivacaïne
Contre-indiqués	Spartocaïne Prilocaine

II.2.5.6.4. L'amalgame

L'amalgame est un composé qui est utilisé pour l'obturation des dents. Ce matériel contient de faible quantité de mercure qui passe la barrière transplacentaire. Théoriquement, il est sans danger pendant la grossesse, mais il est préférable de ne pas utiliser ce type de matériaux pendant la grossesse [8].

II.2. ETAT DE LA QUESTION

La grossesse est un état physiologique transitoire durant lequel la perception des problèmes bucco-dentaires, liés ou non à la grossesse, va être modulée par un contexte personnel et un environnement familial et social modifiée. De nombreuses études ont été réalisées sur la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte par les médecins bucco-dentaires. Elles prenaient en compte pour la plupart le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des praticiens.

II.2.1. CONNAISSANCES

En Europe

Au Royaume uni en 2015 une étude avait été menée sur les connaissances des dentistes en matière de santé bucco-dentaire pendant la grossesse : examen des publications des 10 dernières années dont l'objectif était de recueillir des données d'études publiées sur les connaissances des dentistes sur la santé bucco-dentaire des femmes enceintes. Des articles publiés entre 2003 et 2013 contenant des enquêtes sur le sujet à l'étude ont été recherchés. Quatorze études ont été sélectionnées et regroupées en domaines de travail. Les résultats faisaient état de ce que les dentistes ont des doutes et des craintes quant à la prise en charge des femmes enceintes, à un degré plus ou moins important, notamment en ce qui concerne l'utilisation des radiographies, les prescriptions et la période gestationnelle idéale de traitement. Ces résultats suggéraient un besoin d'améliorer les connaissances des dentistes concernant les soins dentaires des femmes enceintes d'autant plus que pendant la grossesse, les femmes peuvent acquérir de nouvelles habitudes pertinentes pour la santé bucco-dentaire de leurs enfants [46].

En Asie

En Iran en 2020, une étude transversale a été menée sur 109 étudiants en médecine dentaire sur l'évaluation des connaissances et des attitudes des étudiants dentaires seniors de Téhéran Université des sciences médicales concernant les soins de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances et attitudes des étudiants sur les soins de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Le coefficient de corrélation de Pearson avait été utilisé. Au total, 82 questionnaires remplis avaient été collectés (réponse = 75%). Le score moyen de connaissances et d'attitudes était de $(15,83 \pm 2,80)$ (sur 30) et $49,90 \pm 3,63$ (sur 70), respectivement. Il n'y avait pas de relations statistiques entre le score de connaissances et les caractéristiques de base. A propos des attitudes, le score avait une relation significative avec les caractéristiques de base ($p = 0,004$, $B = 2,75$). Le coefficient de corrélation de Pearson n'a montré aucune relation significative entre les connaissances et les attitudes. Les résultats de l'étude ont montré que les connaissances et attitudes des étudiants sur les soins de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes sont modérées. Promouvoir et mettre à jour le

contenu éducatif dans certains domaines des connaissances ainsi que les efforts d'améliorer l'attitude des étudiants en médecine dentaire devrait être envisagée [50].

En Afrique

En Algérie en 2016, une étude descriptive prospective sur 27 femmes enceintes avait été menée sur le profil clinique et épidémiologique des maladies parodontales chez la femme enceinte au niveau du service de parodontologie du centre hospitalier universitaire de Tlemcen. L'objectif était de décrire le profil clinique et épidémiologique des pathologies parodontales chez la femme enceinte. Les sujets étaient âgés entre 21 et 40 ans avec une moyenne d'âge de $27,85 \pm 1,044$ ans. Chez les femmes enceintes tous les groupes d'âge de grossesse ont été représentés selon la répartition suivante : 11% pour le premier trimestre, 67% pour le deuxième et 22% pour le troisième. Le motif de consultation le plus représenté est le saignement gingival (63%), avec une hygiène bucco-dentaire moyenne PI=2 (48.1%). 55% des cas représentent des gingivites, alors que 45% sont des parodontites. La fréquence et les répercussions possibles des maladies parodontales sur la grossesse faisaient de la prévention et du traitement de ces pathologies un véritable enjeu de santé publique [52].

II.2.2. ATTITUDES

En Europe

En Espagne en 2014 une étude avait été entreprise pour déterminer le niveau général de connaissances, d'attitudes et de pratiques en soins dentaires cliniques des femmes enceintes. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sous la forme d'une enquête structurée et anonyme réalisée par des dentistes à Murcie (sud-est de l'Espagne). Le questionnaire avait été envoyé par e-mail et a examiné les connaissances et les attitudes des dentistes à l'égard des différentes procédures dentaires applicables aux femmes enceintes. Le taux de réponse au questionnaire était de 60%. La grande majorité des dentistes (81,3%) avait convenu que les soins bucco-dentaires devraient faire partie des soins de santé généraux pour les femmes enceintes. Cependant, des écarts ont été constatés dans les connaissances et les attitudes à l'égard de la pratique [47].

En Amérique

Aux États unis d'Amérique en 2012, une étude avait été réalisée sur la perception des dentistes quant aux obstacles à la prestation de soins dentaires chez les femmes enceintes. L'objectif de l'étude était de comprendre les attitudes, les connaissances et les pratiques en matière de soins dentaires pour les femmes enceintes et de déterminer l'impact des récents articles sur la santé bucco-dentaire et grossesse et les directives largement diffusées. Un sondage avait été mené auprès de 1 604 dentistes généralistes en Oregon ; 55,2% avaient répondu. Les résultats faisaient état de ce que : -Les obstacles perçus par le dentiste ont l'effet direct le plus fort sur la pratique

actuelle et pourraient être le facteur le plus important dissuadant les dentistes de prodiguer des soins aux patientes enceintes. Six attitudes (obstacles perçus) étaient associées à la prestation de moins de services dentaires : temps, économie, compétences, soins dentaires, résistance du personnel et pression des pairs. Le modèle final montrait un bon ajustement avec un chi carré de 38,286 ($p = 12$, $n = 772$, $df = 52$) et un indice d'ajustement normalisé de Bentler-Bonett de .98, CFI = .993. L'erreur quadratique approximative était de 0,02. Les résultats suggéraient que les attitudes sont des déterminants importants de la pratique courante. Des approches multidimensionnelles étaient nécessaires pour accroître l'accès aux soins dentaires et protéger la santé bucco-dentaire des femmes pendant la grossesse [48].

Au Canada en 2012 une étude avait été menée sur : comment les praticiens en soins dentaires et prénatals perçoivent-ils les soins dentaires pendant la grossesse ? Données probantes actuelles et implication. Le but de cette étude était de passer en revue les connaissances, attitudes et comportements des praticiens des soins dentaires et prénatals concernant les soins de santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Cette revue a examiné toutes les études publiées en anglais qui ont exploré les connaissances, l'attitude, le comportement et les obstacles rencontrés par les dentistes, les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens en ce qui concerne les soins de santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Les résultats faisaient état de ce que bien qu'ils reconnaissent l'importance de la santé bucco-dentaire maternelle, de nombreux dentistes ne sont pas certains de la sécurité des procédures dentaires et hésitent à traiter les femmes enceintes. Ainsi Il n'y avait pas de véritable consensus parmi les dentistes et les praticiens en soins prénatals en ce qui concerne les soins de santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Ce problème a un effet dissuasif important pour les femmes enceintes qui demandent des soins dentaires. Des directives de pratique en santé bucco-dentaire périnatale sont nécessaires pour que les professionnels de la santé mettent l'accent sur cet aspect important des soins prénatals. [49].

II.2.3. PRATIQUES

En Europe

En France en 2012, une étude a été menée sur l'enquête de la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire. L'objectif de cette étude était d'analyser à l'aide d'un questionnaire les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte. Ce questionnaire portait sur la relation entre les infections bucco-dentaires et les complications de la grossesse, ainsi que sur l'attitude des praticiens quant à la réalisation des soins pendant la grossesse, ainsi que leur formation dans ce domaine. Le questionnaire a été distribué à 613 praticiens, le taux de participation était de 42%, avec 259 réponses. Les résultats indiquaient que 53,9% des patientes enceintes ne sont pas

adressées par un professionnel de la grossesse. Seulement 59,8% des praticiens pensaient que l'anesthésie dentaire n'est pas contre-indiquée. La majorité d'entre eux réalisaient durant toute la période de la grossesse la motivation à l'hygiène (90,7%), le drainage d'un abcès (82,2%), le détartrage (76,1%), la pose d'une contention (74,1%), les soins de caries (70%) et la prothèse amovible (67,2%) [45]. En outre, la plupart des praticiens estimaient que la période la plus propice pour les soins est le deuxième trimestre ou après la grossesse. Ces résultats indiquaient l'existence d'une inadéquation entre la prise en charge des femmes enceintes et les données acquises de la science. Par ailleurs, les résultats soulignaient la nécessité de renforcer la formation initiale des étudiants en chirurgie dentaire, mais aussi de développer la formation continue des praticiens sur ce sujet [45].

En Asie

En Inde en 2015, une étude avait été menée sur la coalition d'attitudes et de comportements de pratique parmi les praticiens dentaires concernant la santé bucco-dentaire des patientes enceintes et la perception des patientes enceintes envers la santé bucco-dentaire à Pondichéry et dans les environs. Cette étude visait à évaluer les connaissances, l'attitude, les comportements de pratique chez les dentistes généralistes et à évaluer la perception de la santé bucco-dentaire par les patientes enceintes à Pondichéry et dans les environs à l'aide d'un questionnaire auto-conçu et structuré a été utilisé pour obtenir des informations auprès du dentiste et des patientes enceintes. La majorité des dentistes avaient un manque de connaissances, d'attitudes, de comportements de pratique concernant la santé bucco-dentaire de la patiente enceinte et de la même manière, la perception de la patiente enceinte envers la santé bucco-dentaire était mauvaise [51].

En Afrique

Au Nigéria en 2013 une étude transversale a été menée sur la perception des étudiants diplômés en médecine sur la santé bucco-dentaire des enfants et de la mère dans une institution tertiaire sélectionnée dans la partie sud du Nigéria. L'objectif était d'évaluer les connaissances des étudiants diplômés en médecine sur la santé bucco-dentaire maternelle et infantile. Les connaissances des participants sur l'étiologie des caries dentaires, la gingivite et les soins de santé bucco-dentaire préventifs et les comportements associés aux caries de la petite enfance ont été évaluées. Il y avait 166 participants avec un âge moyen de 25,4 (+/- 3,0) ans, entre 20 et 45 ans. Plus de 80% connaissaient les rôles de l'alimentation et des bactéries dans l'étiologie des caries dentaires. L'importance du contrôle dentaire pendant la grossesse et l'association entre les maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte et la santé du nourrisson étaient connues respectivement de 63,3% et 51,8%. De plus, l'importance de l'âge à la première visite et la fréquence des visites dentaires de routine chez un enfant étaient connues respectivement à

40,4% et 54,8%. La base de connaissances des diplômés en médecine sur le thème de la santé bucco-dentaire maternelle et infantile était insuffisante [53].

Au Cameroun

En 2006 une étude avait été réalisée sur Les affections bucco-dentaires fréquentes chez la femme enceinte. Le but de cette étude était d'analyser les affections bucco-dentaires de la femme enceinte camerounaise, afin d'organiser une campagne de sensibilisation. Ont été retenues dans l'étude les femmes avec une grossesse cliniquement confirmée, acceptant d'en faire partie. La pathologie bucco-dentaire de la femme enceinte dans notre milieu était dominée par les caries dentaires, les maladies parodontales et le ptyalisme. 97,3% de femmes présentaient au moins une dent cariée. Les pathologies parodontales les plus rencontrées étaient des gingivites dont les gingivites hyperplasiques (46,4%) et les gingivites catarrhales (26,2%). Le ptyalisme était observé chez 37,2% des femmes. Cette pathologie, riche et variée, ne présentait pas de spécificité locale, mais méritait d'être connue pour une meilleure prise en charge [4].

Au vu de tout ce qui précède, nous allons suivre pour cette étude la méthodologie ci-après.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques) transversale et descriptive.

III.2. SITE

L'étude s'est déroulée à Yaoundé dans 54 cabinets dentaires de 3 secteurs (public, privé et confessionnel).

III.3. DURÉE DE L'ETUDE

Notre étude s'est étalée sur une durée de 7 mois, du 17 novembre au 4 mai 2020. Incluant une période de collecte allant du 5 février au 19 Avril 2020.

III.4. POPULATION D'ETUDE

- **Population source :** Les médecins bucco-dentaires, des cabinets dentaires publics, privés et confessionnels de Yaoundé.

- **Critères d'inclusion**

Étaient inclus dans notre étude :

- Tous médecins bucco-dentaires retrouvés sur place au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement éclairé.

- **Critères d'exclusion**

Étaient exclus de notre étude :

- Tout médecin bucco-dentaire n'ayant pas achevé le questionnaire.
- Tout médecin bucco-dentaire ayant souhaité se retirer de l'étude pour une raison quelconque.

- **Echantillon**

- Le recrutement était consécutif suivant liste de 85 médecins bucco-dentaires fournie par l'Ordre National des Chirugiens-Dentistes du Cameroun (ONCDC).
- La taille minimale de l'échantillon était de 85 médecins bucco-dentaires.

III.5. OUTIL DE COLLECTE

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire établi sur la base des objectifs de l'étude. Administré aux médecins bucco-dentaires, ce questionnaire comportait 47 questions réparties en cinq parties :

- Les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins bucco-dentaires.
- Les connaissances sur les différentes modalités de prise en charge de la femme enceinte.
- Les attitudes qu'ont les médecins bucco-dentaires vis-à-vis de leur prise en charge.
- Les pratiques des médecins bucco-dentaires vis-à-vis de leur prise en charge ainsi que la fréquence et les périodes de grossesse auxquelles sont réalisées chaque soin.
- Les attentes des médecins bucco-dentaires.

Ce questionnaire a été pré-testé préalablement auprès de 15 médecins bucco-dentaires de la ville de Douala. Ce qui a entraîné des modifications notamment sur certains termes employés, 2 questions n°11 et 24 ont été enlevées, les n°21 et 36 ont été ajoutés et la 4ème partie a été modifiée. Ce questionnaire a été modifié et raccourci pour être administré en 25 min.

III.6. PROCEDURE

La collecte des données s'est faite à l'aide d'un questionnaire préétabli, administré en 25 min composé de 47 questions organisées en 5 rubriques : les données socioprofessionnels, les connaissances, les attitudes, les pratiques et une rubrique à questions ouvertes sur les attentes faites au Ministère de la santé (MINSANTE), aux hôpitaux et à eux-mêmes. Les médecins bucco-dentaires remplissant les critères d'inclusions, les objectifs et la procédure de l'étude leur étaient expliqués, une demande de consentement éclairé leur avait été remise et nous avons veillé à ce que celle-ci soit visée avant de remplir notre questionnaire.

III.7. ANALYSE DES DONNEES

Après regroupement des variables recueillies, l'entrée des données a été faite à l'aide du logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS (International Business Machine-statistical package for the social sciences) version 20.0 pour Windows. Concernant la gestion des données, elles ont été transcrites puis saisies sur un ordinateur pour permettre leur exploitation à partir des grilles d'analyse. Les grilles de cotations des données ont été faites. Pour évaluer le niveau global des CAP, les informateurs ont répondu aux 10 questions de la partie connaissance, 9 questions de la partie attitude et aux 12 questions de la partie pratique. L'analyse des données a suivi le canevas de l'analyse des données sur l'enquête CAP [39]. Ensuite le pourcentage de bonnes réponses a été calculé et reparti comme suit :

En ce qui concerne le score de compétence, et le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques ; pour des questions à une réponse possible : chaque meilleure réponse sur le questionnaire valait 4 points, chaque réponse juste valait 3 points, chaque réponse approximative valait 2 points, chaque mauvaise réponse 1 point et aucune réponse valait 0 point. Pour des questions à choix multiples, l'ensemble de bonnes réponses valaient 4 points, une partie des bonnes réponses valait 3 points, une partie de bonnes réponses associée à une mauvaise réponse égal 2 points, les réponses fausses égal 1 point et aucune réponse égal 0 point. Le niveau de connaissances était quantifié et restitué en 4 niveaux : faible, insuffisant, moyen et bon selon le pourcentage de bonnes réponses. La qualité des attitudes était restituée en verbatim (mot-à-mot) et qualifiée en néfastes, erronées, approximatives et justes. La qualité des pratiques était quantifiée et restituée en néfastes, inadéquates et adéquates. (Tableau VII)

Tableau VII : Catégorisation de l'évaluation CAP

CAP	Catégories	Cotations
Niveau des connaissances	Faible	Moins de 50%
	Insuffisant	[50% - 65% [
	Moyen	[65% - 85% [
	Bon	Plus de 85%
Qualité des attitudes	Néfaste	Moins de 50%
	Erronée	[50% - 65% [
	Approximative	[65% - 85% [
	Juste	Plus de 85%
Qualité des pratiques	Néfaste	Moins de 50%
	Inadéquate	[50% - 75% [
	Adéquate	Plus de 75%
Compétences de santé	Faible	Moins de 50%
	Insuffisant	[50% - 65% [
	Moyen	[65% - 85% [
	Bon	Plus de 85%

Les compétences de santé se sont faites par confrontation entre le score de connaissances, d'attitudes et celui de pratiques. Le degré d'association entre les variables était établi en utilisant le test de Chi-2, le seuil de 5% était retenu pour évoquer la significativité des différences observées entre les paramètres décrits. Des hypothèses ont été émises, soit H0 si $p < 0,05$ il existe un lien entre les entités étudiées ou soit H1 si $p > 0,05$ il n'existe pas de lien entre les entités étudiées. Les résultats étaient présentés sous forme de tableaux et de figures à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016. Ces résultats étaient par la suite discutés, discussion au terme de laquelle ont été tirées une conclusion et formulé des recommandations.

III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Après validation d'un protocole de recherche par nos encadreurs, nous avons demandé l'approbation et l'autorisation du Comité Institutionnel d'Ethique et de Recherche (CIER) de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I ayant permis l'obtention d'une clairance éthique. Nous avons déposé une demande d'autorisation pour la réalisation du travail de recherche aux responsables des différents cabinets dentaires et hôpitaux choisis pour le recrutement. Cette recherche ne procédait à aucune manipulation humaine et les informations recueillies étaient protégées par l'anonymat des réponses. Avant l'administration de ce questionnaire à chaque participant, un entretien a été fait avec celui-ci en lui expliquant l'intérêt de cette étude. Le consentement éclairé de chaque informateur a été obtenu dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité avant sa participation à l'étude. Les résultats de cette enquête n'ont été exploités que dans le cadre de la recherche.

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. RECRUTEMENT

Le recrutement s'est déroulé auprès de 111 médecins bucco-dentaires (MBD) de 54 hôpitaux et cabinets dentaires des secteurs publics, privés et confessionnels de Yaoundé. La figure 8 ci-dessous illustre les différentes étapes ayant permis de recueillir les informations.

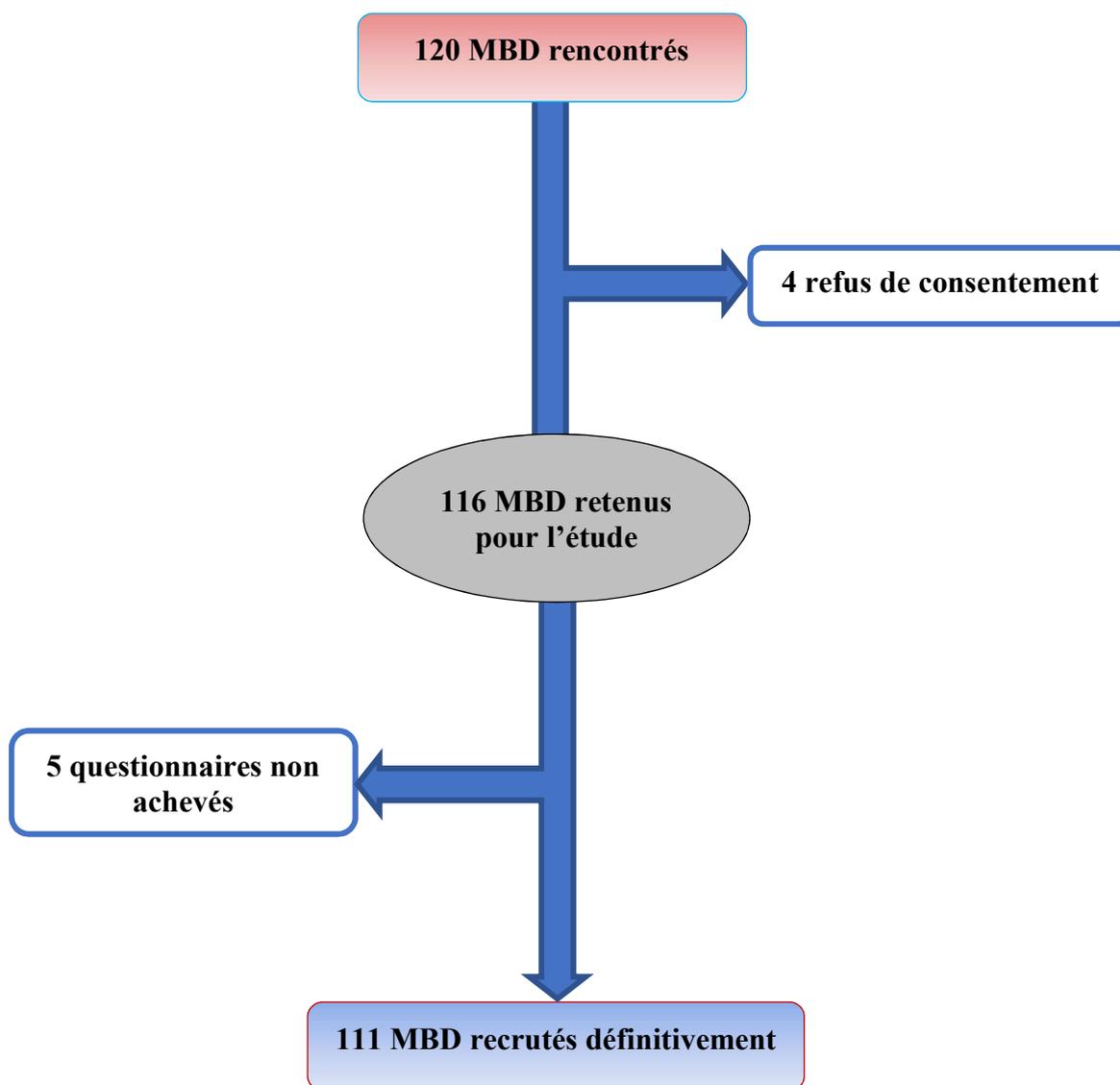


Figure 8 : Schéma de recrutement

Le taux de participation à notre étude était de 92,5%, les hôpitaux et cabinets dentaires dans lesquelles s'est déroulé l'étude sont consignés dans le tableau VIII ci-après.

Tableau VIII : Liste des hôpitaux et cabinets dentaires

Secteur public	
Formations sanitaires	Nombre de MBD
Centre hospitalier d'Essos	4
Centre hospitalier universitaire de Yaoundé	4
Centre médical de la police de Yaoundé	2
CMA d'Ahala	2
CMA d'Elig essono	2
CMA d'Odza	3
Hôpital central de Yaoundé	9
Hôpital de district de Biyem-assi	6
Hôpital de district d'Efoulan	2
Hôpital de district de la Cité verte	2
Hôpital général de Yaoundé	2
Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	2
Hôpital de la croix rouge	1
Hôpital jamot de Yaoundé	4
Hôpital militaire de Yaoundé	3
Inspection médico scolaire	1
Total : 16	49
Secteur privé	
Ako njang polytechnique	1
Cabinet dentaire Bastos	1
Cabinet dentaire Best care	3
Cabinet dentaire Bon secours	1
Cabinet dentaire Calamar	1
Cabinet dentaire CSA	1
Cabinet dentaire Dentastar	2
Cabinet dentaire Dr Effila Ebe	2
Cabinet dentaire Dr Fotso	2
Cabinet dentaire Dr Ngoa	2
Cabinet dentaire Dr Pare Nguejip	1
Cabinet dentaire Elig edzoa	2
Cabinet dentaire Etoa meki	3
Cabinet dentaire Inaya	1
Cabinet dentaire la Cathédrale	2
Cabinet dentaire Malcom X	1
Cabinet dentaire Saint Charles	2
Cabinet dentaire The queen	2
Cabinet dentaire vallée bastos	2
Cabinet dentaire Ze Meka	1
Centre médical le Jourdain	2
Centre médical Dr Wamba	1
Centre médical sans Frontière	1
Centre médical St Bernadette	2
Clinique André Fouda	2
Clinique Maeva care	2
Clinique Pasteur Biteng	1
Cabinet dentaire Jennaphy	1
Polyclinique Tsinga	1
Promoteurs de la bonne santé	1
The dental & maxillofacial center	1
Total : 31	48
Secteur confessionnel	
Cabinet dentaire Djourngolo	5
Centre d'animation sociale et sanitaire de Nkolndongo	1
Centre de santé catholique notre dame de la merci	1
Centre de sante sainte romaine	1
Clinique dentaire Adventiste	4
Hôpital Bethesda	1
Hôpital catholique Deo gracias	1
Total : 7	14

Les détails des MBD recrutés dans ces structures sanitaires sont représentés ci-après.

IV.2. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude était constituée de 111 MBD. L'âge moyen était de 32,5 ans avec un minimum de 24, un maximum de 70 et un écart type de 7,88. Le sex-ratio était de 0,63. Les détails sont mentionnés dans le tableau IX ci-dessous.

Tableau IX : Profil socio-professionnel

Variables(n=111)	Modalités	n(%)
Sexe	Femmes	68(61,26)
	Hommes	43(38,74)
Qualification	MBD omnipraticiens	106(95,5)
	MBD spécialistes	5(4,50)
Durée d'exercice	< 5 ans	77(69,37)
	[5 - 10 [	15(13,51)
	[10 - 20 [	9(8,11)
	≥ 20 ans	10(9,01)
Lieu de formation	National	79(71,17)
	Étranger	32(28,83)
Durée de formation	5 ans	4(3,60)
	6 ans	18(16,22)
	7 ans	81(72,97)
	>7 ans	8(7,21)
Lieu d'exercice	Cabinet privé	48(43,24)
	Milieu hospitalier confessionnel	14(12,61)
	Milieu hospitalier public	49(44,14)

La majorité des MBD (82,88%) avait moins de dix années d'exercice ainsi que la majeure partie (80%) avait eu une durée de formation supérieure ou égale à 7ans ; parmi ces derniers 71,17% avait été formé au Cameroun. Enfin les lieux d'exercices majoritairement représentés étaient les milieux hospitaliers publics et les cabinets dentaires privés où exerçait 87,3% de la population d'étude. Ayant pour objectif d'évaluer les compétences de santé de cette population, nous avons débuté par l'évaluation de leur niveau de connaissances.

IV.3. CONNAISSANCES

L'évaluation du niveau de connaissances des informateurs s'est faite suivant les composantes ci-après : les affections bucco-dentaires (ABD) en grossesse, les risques des ABD et soins bucco-dentaires sur la grossesse et les traitements adaptés pour les ABD en grossesse. Les données relatives aux affections bucco-dentaires des plus évoquées aux moins évoquées en grossesse sont contenues dans la figure 9 ci-après.

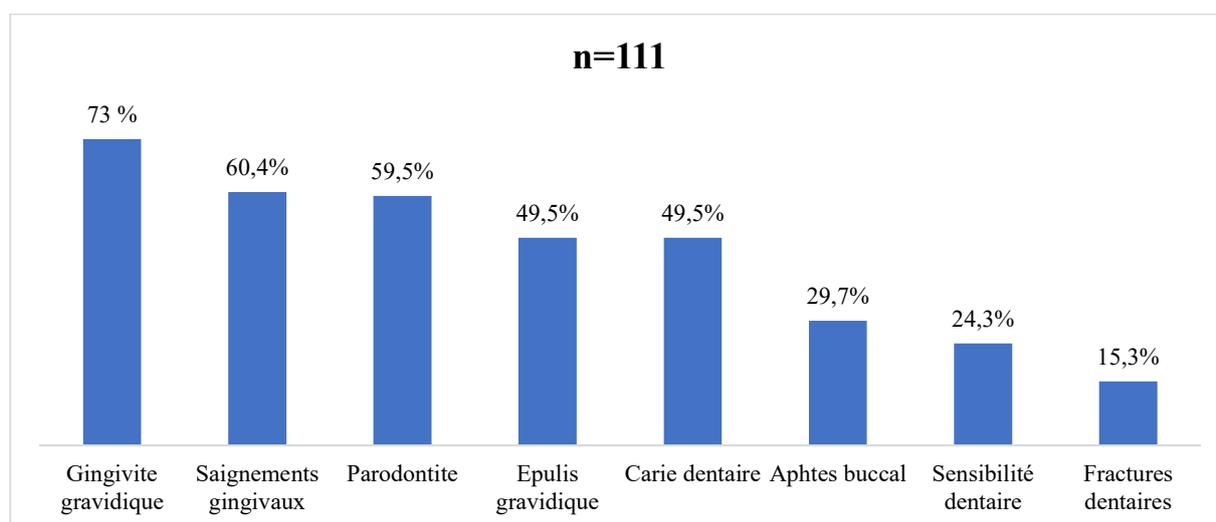


Figure 9 : Connaissances des affections bucco-dentaires en grossesse

Le niveau d'information sur le sujet était bon ; les manifestations bucco-dentaires fréquemment évoquées étaient d'ordre parodontal. Tandis que celles d'ordre dentaire étaient faiblement évoquées. Néanmoins les fractures dentaires étaient évoquées par 15,3% des informateurs malgré qu'elles ne constituent pas une ABD fréquente en grossesse. Ces affections et les modalités de leurs soins peuvent représenter des risques pour la grossesse. Les détails sont mentionnés dans le tableau X ci-dessous :

Tableau X : Connaissances des risques des ABD et soins bucco-dentaires sur la grossesse

Variables (n=111)	Modalités	n(%)
ABD sur grossesse	MAP*	90(81,5)
	Naissance prématurée	45(40,7)
	Prééclampsie	32(28,7)
	Chorioamniotite	11(10,2)
	Autres	11(10,2)
	Hémorragie délivrance	3(3)
	Aucun risque	3(3)
Radiographie dentaire sur grossesse	Malformation fœtale	69(62,2)
	Aucun si tablier de plomb	54(48,6)
	Aucun car irradiation faible	15(13,5)
	Fausse couche	10(9)
Risque d'anesthésie bucco-dentaire sur grossesse	Aucune réponse	3(2,7)
	Non	41(37)
	Uniquement avec vasoconstricteur	36(32)
Anesthésie bucco-dentaire sur grossesse	Oui	34(31)
	Contraction utérine	49(44,3)
	Malaise	48(42,9)
	Souffrance fœtale	30(27,1)
	MAP*	29(25,7)
	Toxicité fœtale	23(21,1)
	Autres	21(18,6)
Aucun risque	41(37)	

MAP* : Menace d'accouchement prématurée

Ces connaissances étaient pour la plupart approximative. La quasi-totalité des participants (97%) approuvaient qu'une infection bucco-dentaire représente un risque en grossesse. Une minorité (13%) évoquait la chorioamniotite et l'hémorragie de délivrance malgré qu'elles ne soient pas reconnues comme risques engendrés par les ABD. Également 5,6% des informateurs évoquaient d'autres risques qui sont les infections, le stress, la douleur et l'automédication. A propos de la radiographie bucco-dentaire plus de la moitié soit 62,1% des informateurs voyait juste en affirmant que la radiographie dentaire n'expose la femme enceinte à aucun risque si un tablier de plomb est associé et parce que les doses d'irradiation utilisées sont très faibles. Enfin, plus de la moitié (63%) déclarait que l'injection anesthésie bucco-dentaire représente un risque en grossesse bien que la moitié de ces derniers affirmait que le risque est présent uniquement avec vasoconstricteur.

Le niveau d'information à propos des antalgiques et anti inflammatoires était faible, en effet 42,3% et 44,1% respectivement estimaient que la codéine est contre indiqué en grossesse et que les corticoïdes peuvent présenter un risque tératogène. Le tableau XI ci-après récapitule les connaissances des participants sur les médicaments en grossesse.

Tableau XI : Connaissances des MBD à propos des médicaments en grossesse

Variables (n=111)	Modalités	n(%)
Antalgiques	Codéine contre indiquée 1 ^{er} et 3 ^{ème} trimestre	47(42,3)
	Morphine indiquée	1(0,9)
	AINS contre indiqués	65(58,6)
Anti inflammatoires	Corticoïdes tératogène	49(44,1)
	Corticoïdes indiqués	14(12,6)
	Aucune	10(9,0)
Antibiotiques	ATB dangereux	90(81,1)
	Pénicillines indiquées	51(45,9)
	ATB indiqués	40(36)
	Sulfamides indiqués	7(6,3)
	Aucune	4(3,6)
	Cyclines indiquées	2(1,8)

A propos des antibiotiques, les connaissances étaient pour la plupart bonnes malgré que 1,8% et 6,3% respectivement affirmaient que les cyclines et les sulfamides peuvent être prescrits quel que soit l'âge de la grossesse. Une minorité constituée de 12,6% des participants n'avaient aucun élément de réponses à ces questions. Ainsi les moyens d'informations des participants sur le sujet ont été recueillis ; La quasi-totalité des informateurs (96%) avait reçu des enseignements sur la prise en charge (PEC) des ABD chez la femme enceinte lors de leur formation initiale ; tandis que 41% seulement avaient suivi des formations continues sur le sujet. Les moyens utilisés étaient les suivants : les revues scientifiques (46,5%), sites web (41,3%), les Enseignement post universitaire (EPU) (36,1%), les séminaires/congrès (19,6%).

Toutes ces données ont permis de calculer le niveau de connaissances des participants en sommant les notes à eux attribuées à chaque question. Il est illustré dans la figure 10 ci-dessous :

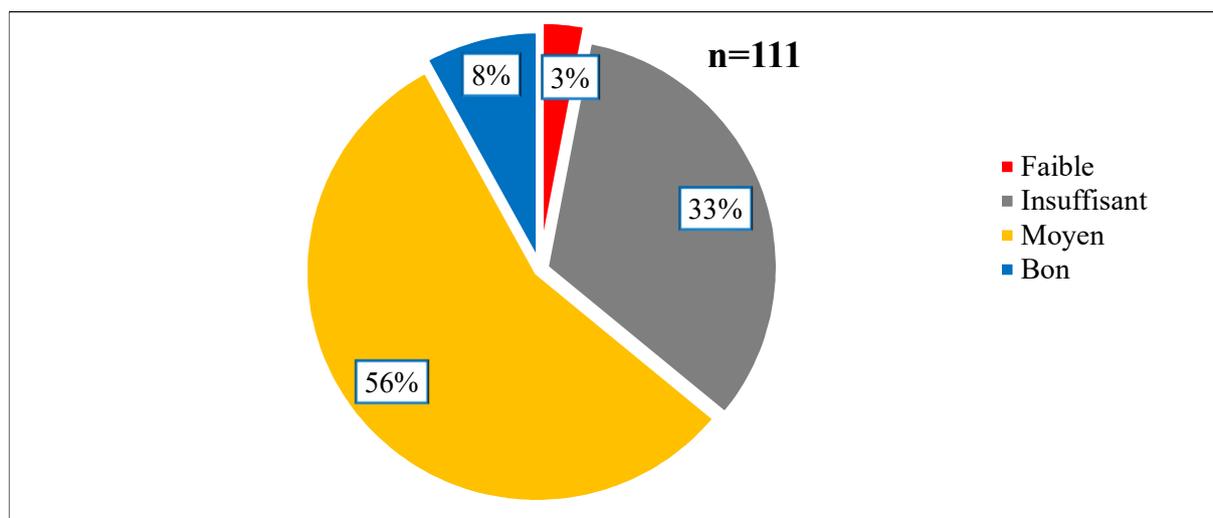


Figure 10 : Niveau de connaissances

Plus de la moitié (64%) des MBD avaient un niveau de connaissances moyen, et seulement 3% avaient un niveau faible. Le degré d'association entre le niveau de connaissances et les variables socio-professionnelles a été calculé, aucune influence significative n'a été observée car $p > 5\%$. Ce niveau moyen de connaissances influençait les attitudes.

IV.4. ATTITUDES

L'évaluation du niveau d'attitudes des informateurs s'est faite suivant les composantes de la perception qu'ont les MBD sur les soins bucco-dentaires chez la femme enceinte et le recours en cas d'incapacité dans la PEC. Plus de la moitié des MBD (71%) était confiant face à une patiente enceinte venant pour des soins bucco-dentaires. Parmi eux, 50% estimaient qu'il est possible de réaliser les soins bucco-dentaires quel que soit l'âge de la grossesse et 21% uniquement en cas d'urgence. Quant aux 29%, leurs ressentis et le recours en cas d'incapacité de la population globale sont énumérés dans le tableau XII ci-dessous :

Tableau XII : Ressentis et recours des MBD en cas d'incapacité de PEC

Variables	Modalités	n(%)
Ressentis des MBD (n=32)	Indifférence	21(19)
	Crainte	9(8)
	Incompétence	1(1)
	Autre	1(1)
Recours des MBD (n=111)	Confrère plus expérimenté	68(61)
	Gynécologue	23(21)
	Aucun	3(8)
	Autre	7(6)
Collaboration MBD/Gynécologues obstétriciens (n=111)	Parodontologiste	4(4)
	Peu satisfaisante	66(59,5)
	Pas satisfaisante	30(27)
	Satisfaisante	15(13,5)

Concernant les réactions des participants face à une femme enceinte souffrant d'une ABD, 37% affirmaient qu'ils prennent personnellement en charge le cas tandis que 33% prennent en charge comme tout autre pathologie et 26% suivent leurs patientes 2 fois plus que dans tout autre pathologie. Une minorité de 4% s'abstenait de toutes PEC. Plus de la moitié des participants (65%) étaient plus à l'aise à référer leurs patientes enceintes vers un confrère plus expérimenté ou un parodontologiste en cas de difficulté dans la PEC.

La prise en charge de la femme enceinte étant multidisciplinaire, les informateurs ont donné leurs avis sur la collaboration entre les MBD et les gynécologues obstétriciens. Plus de la moitié des participants (59,5%) estimaient que dans notre contexte la collaboration entre MBD et gynécologues obstétriciens est à améliorer tandis que 27% affirmaient qu'elle est inexistante. Toutes ces données ont permis de calculer le niveau d'attitudes des participants en sommant les notes à eux attribuées à chaque question. Il est illustré dans la figure 11 ci-après :

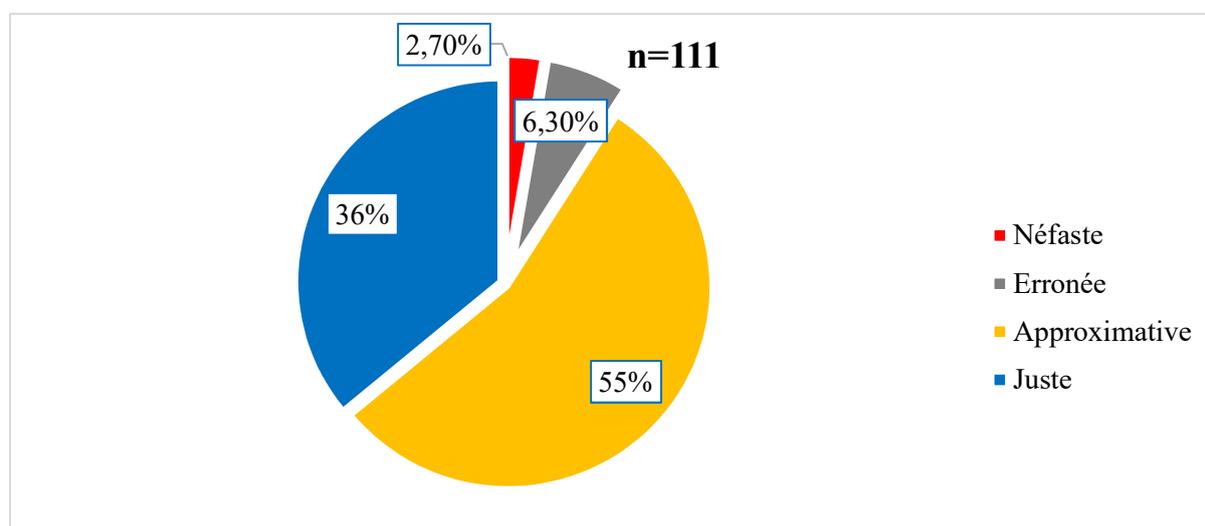


Figure 11 : Niveau d'attitudes

La quasi-totalité des médecins bucco-dentaires (91%) avait un niveau d'attitudes approximatif et juste. Le degré d'association entre le niveau d'attitudes et les variables socio-professionnelles a été calculé, aucune influence significative n'a été observée car $p > 5\%$. Ces attitudes justes ont conduit à évaluer leurs pratiques.

IV.5. PRATIQUES

L'évaluation du niveau de pratiques des MBD se fera suivant les composantes de la fréquence de prise en charge des femmes enceintes, la fréquence des motifs de consultation et les IEC, les pratiques des MBD vis-à-vis des médicaments utilisés en odontostomatologie et les périodes de réalisations des soins bucco-dentaires en grossesse par les MBD.

Plus de la moitié des MBD (64%) recevaient "souvent" des femmes enceintes en consultation, 28,8% en recevaient "parfois" et 7,2% en recevaient "rarement". Parmi ces derniers, 6,3% affirmaient qu'elles ne viennent pas en consultation dans leur cabinet et 0,9% par appréhension des complications suite aux soins. La majorité des participants (60,4%) recevait en moyenne 1

à 5 femmes enceintes par trimestre, 27,9% en recevaient 6 à 10 tandis que 10,8% recevaient plus de 10 femmes enceintes par trimestre et environ 1% n'en recevait pas. De plus 90,1% des participants conseillaient à leurs patientes d'effectuer un suivi bucco-dentaire durant leur grossesse et 80,2% informaient systématiquement des éventuelles conséquences buccales de la grossesse. Les motifs de consultations et conseils prodigués sont représentés dans le tableau XVI ci-dessous.

Tableau XIII : Motifs de consultation fréquents et conseils prodigués

Variables(n=111)	Modalités	n(%)
Motifs de consultation	Douleur dentaire	105(94,6)
	Raison parodontale	54(48,6)
	Bilan adressé par médecin, gynécologue	12(11,17)
	Bilan auto demandé	11(9,9)
	Autres	2(1,8)
	Raison prothétique	1(0,9)
Conseils prodigués aux femmes enceintes	Brossage biquotidien	97(87,4)
	Visite bucco-dentaire trimestrielle	68(61,3)
	Détartrage	59(53,2)
	Traitement des caries	58(52,3)
	Eviction grignotage	53(47,7)
	Eviction brossage après vomissement	22(19,8)
	Bain de bouche antiseptique	20(18)
	Fluor topique	19(17,1)
	Bain de bouche après vomissement	19(17,1)

Dans le but de prévenir la survenue des ABD en grossesse, la majorité des participants prodiguaient des habitudes préventives à leurs patientes. Les urgences dentaires étaient prédominantes en consultation (89,2%) et 94,6% des informateurs affirmaient qu'elles sont représentées par la douleur dentaire et seulement 21,7% recevaient les patientes pour des bilans bucco-dentaires. (Figure 12)

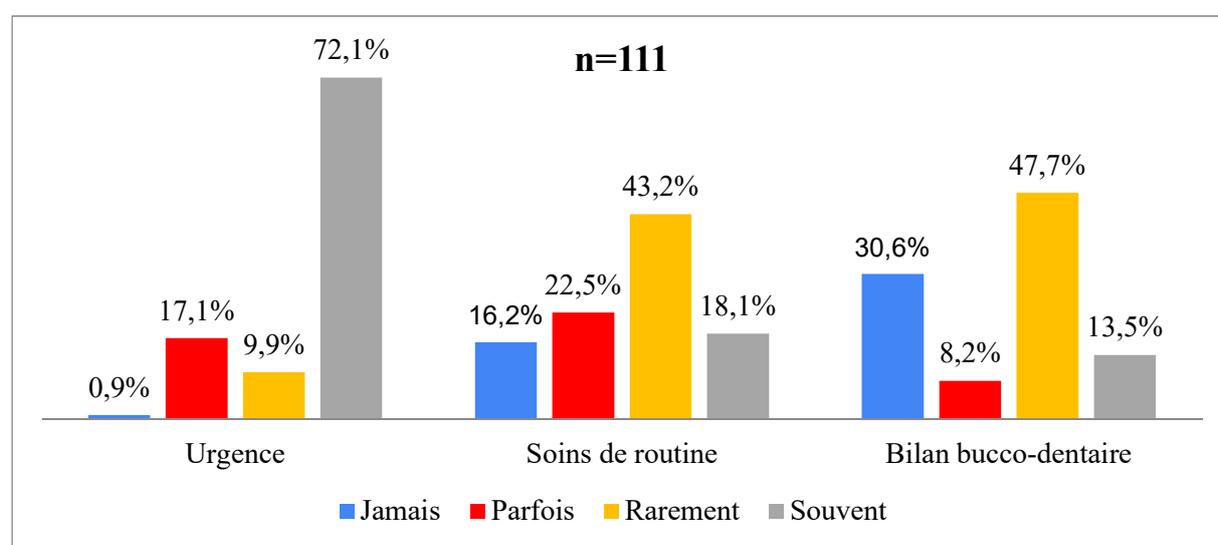


Figure 12 : Fréquence des Motifs de consultation

Dans le but de prévenir les caries dentaires chez le futur enfant, 22,5% préconisaient une supplémentation en fluor à la mère durant sa grossesse tandis que les autres savaient qu'on ne

supplémentaire plus. Parmi ces derniers, 40,5% affirmaient que ce n'est plus recommandé, 24,4 estimaient qu'il n'existe pas de bénéfice pour le fœtus, pour 14,2% l'apport alimentaire est suffisant ; enfin 9,3% évoquaient un risque de surdosage. La prescription de médicament chez la femme enceinte étant toujours « à risque » du fait du risque de tératogénicité et fœtotoxicité. La PEC médicamenteuse a été également évaluée chez les informateurs afin de recueillir la fréquence de prescription des médicaments aux femmes enceintes. Ils sont représentés dans le tableau XIV ci-dessous.

Tableau XIV : Fréquence de prescription des médicaments

Variables(n=111)	Modalités	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Antalgiques	Dérivés codéinés	8%	10%	18%	64%
	Paracétamol	86%	11%	2%	1%
Anti-inflammatoires	Acide acétylsalicylique	4%	3%	13%	80%
	Ibuprofène	1%	10%	12%	77%
	Corticoïdes	2%	6%	13%	79%
Antibiotiques	Amoxicilline	83%	13%	2%	2%
	Amoxicilline + AC*	70%	14%	8%	8%
	Clindamycine	3%	10%	21%	66%
	Métronidazole + spiramycine	15%	20%	19%	46%
	Pristinamycine	2%	5%	12%	81%
	Tétracycline	0%	3%	5%	92%

AC* : Acide clavulanique

A propos des antalgiques, le médicament le plus prescrit était le paracétamol (97%) et le moins prescrit était les dérivés codéinés (84%) malgré qu'elles ne constituent aucun risque en grossesse. Les anti-inflammatoires étaient faiblement prescrits bien qu'une minorité (7%) prescrivait parfois l'acide acétylsalicylique et l'ibuprofène pourtant ils sont formellement contre-indiqués même à faible dose, et les corticoïdes n'étaient jamais prescrits par la majorité (92%) malgré qu'ils soient indiqués en grossesse.

A propos des antibiotiques, les macrolides (clindamycine et pristinamycine) et métronidazole + spiramycine étaient très peu prescrits (20% et 35% respectivement) or ils sont indiqués en grossesse. Il est également à noter que 8% des participants prescrivait quelques fois de la tétracycline à leurs patientes enceintes malgré leur contre-indication.

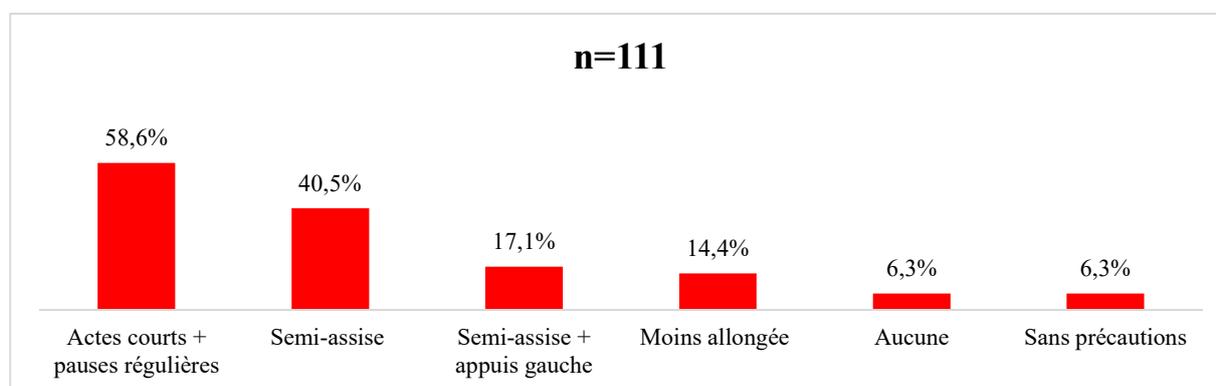
Les traitements dentaires peuvent être effectués pendant toute la grossesse, quoi qu'il convient d'expliquer aux femmes enceintes que la plupart des actes bucco-dentaires doivent se réaliser à des trimestres précis. Les informateurs ont énoncé les soins dentaires propices par périodes de grossesse. (Tableau XV ci-contre)

Tableau XV : Soins bucco-dentaires par périodes de grossesse

	1 ^{er} Trim.	2 ^{ème} Trim.	3 ^{ème} Trim.	Tout âge de grossesse	Post-partum uniquement
Soins de routine(n=111)					
Anesthésie locale avec vasoconstricteur	5,4%	27,0%	4,5%	26,1%	42,3%
Anesthésie locale sans vasoconstricteur	11,7%	20,7%	7,2%	63,1%	9,9%
Chirurgie parodontale	2,7%	21,6%	0,0%	4,5%	73,9%
Prothèse amovible	3,6%	6,3%	1,8%	57,7%	36,0%
Prothèse fixe	1,8%	8,1%	0,9%	26,1%	64,9%
Radiographie dentaire	7,2%	25,2%	7,2%	20,7%	52,3%
Soins en urgence(n=111)					
Anesthésie locale avec vasoconstricteur	7,2%	27,0%	6,3%	27,9%	38,7%
Anesthésie locale sans vasoconstricteur	15,3%	24,3%	12,6%	54,1%	13,5%
Chirurgie parodontale	6,3%	32,4%	4,5%	13,5%	48,6%
Drainage d'abcès	9,0%	29,7%	7,2%	54,1%	13,5%
Extraction dentaire simple	15,3%	52,3%	11,7%	30,6%	8,1%
Radiographie dentaire	7,2%	36,9%	9,9%	27,0%	28,8%
Traitement endodontique	9,9%	30,6%	8,1%	53,2%	11,7%

Les pratiques des soins en fonction des périodes étaient pour certains inadéquates. En soins de routine, 52,2% reportaient l'anesthésie locale en post partum, 26,1% estimaient que la chirurgie parodontale peut être pratiquée pendant la grossesse au lieu d'être différée en post partum comme recommandé et 52,3% renvoyaient les radiographies dentaires en post partum pourtant elles ne représentent pas de risques et peuvent être pratiquées.

En urgence, 52,2% des MBD reportaient l'administration des anesthésiques en post partum malgré qu'elles puissent être administrées en respectant les doses et le choix de la molécule. De la même manière 33,3% reportaient le drainage d'abcès, l'extraction dentaire simple et le traitement endodontique en post partum malgré leur tolérance par la femme enceinte. Dans l'exercice de leurs soins, les participants recommandaient des positions particulières dans le but de prévenir le syndrome cave. (Figure 13)

**Figure 13** : Prévention du syndrome cave

Une minorité (12,6%) ne prenait aucune précaution pour prévenir le syndrome cave.

En cas d'incapacité vis-à-vis de la PEC, 17% des MBD avaient une pratique qui dépendait de la présence d'une grande structure sanitaire non loin de la leur. Ces pratiques sont contenues dans le tableau XVI suivant.

Tableau XVI : Pratiques des MBD en cas d'incapacité vis-à-vis de la PEC

Pratiques des MBD (n=19)	n(%)
PEC initiale + référence	13(68,4)
PEC d'emblée	2(10,5)
Reference d'emblée	1(5,3)
PEC si compétence	1(5,3)
Cas dépendant	1(5,2)
Aucune	1(5,3)

Seul 2% des enquêtés s'abstenaient de PEC et référaient directement vers une autre structure sanitaire. Toutes ces données ont permis de calculer le niveau de pratiques des participants en sommant les notes à eux attribuées à chaque question. Il est illustré dans la figure 14 ci-après :

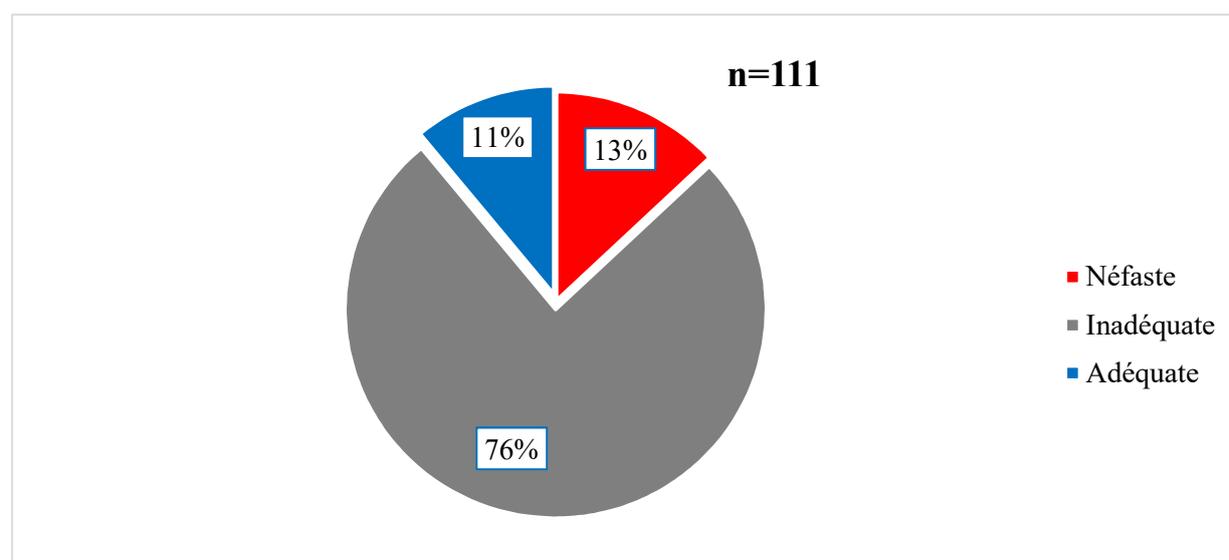


Figure 14 : Niveau de pratiques

La quasi-totalité des médecins bucco-dentaires (89%) avait des pratiques inadéquates, et seulement 11% avaient des pratiques adéquates. De plus Le degré d'association entre le niveau de pratiques et les variables socio-professionnelles a été calculé, aucune influence significative n'a été observée. Cette différence entre les niveaux de connaissances, attitudes et de pratiques a conduit au calcul du niveau de compétences global.

IV.6. NIVEAU DE COMPÉTENCES

Le niveau de compétences de santé globale était moyen. Mettant en exergue des bonnes connaissances et attitudes mais des pratiques inadéquates. Les résultats sont détaillés dans la figure 15 ci-contre.

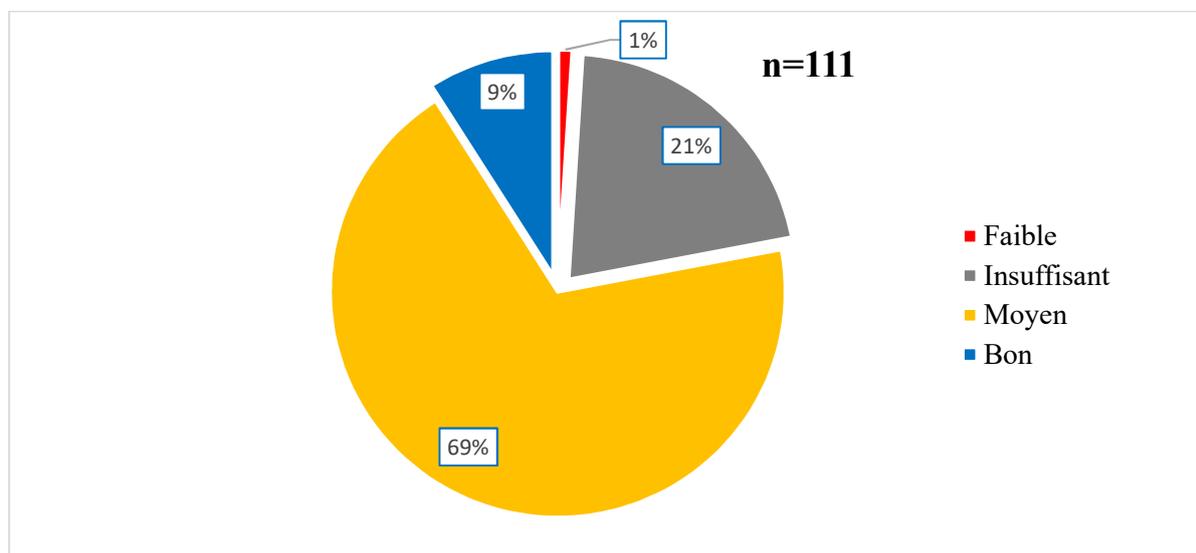


Figure 15 : Compétence de santé globale

La majorité des participants (78%) avait un niveau de compétences moyen, tandis que 29% avaient un niveau insuffisant et juste 9% avaient un bon niveau. La distribution de ces compétences en fonction du profil socio-professionnel des MBD a été évaluée dans le tableau XVII suivant.

Tableau XVII : Niveau des compétences en fonction du profil socio-professionnel

Variables(n=111)	Bon	Moyen	Insuffisant	Faible	p-value
Sexe					
Féminin	6(60%)	47(61%)	15(65,2%)	0(0%)	0,628
Masculin	4(40%)	30(39%)	8(34,8%)	1(100%)	
Qualification					
MBD omnipraticien	10(100%)	73(94,8%)	22(95,7%)	1(100%)	0,895
MBD spécialiste	0(0%)	4(5,2%)	1(4,3%)	0(0%)	
Durée d'exercice					
<5 ans	6(60%)	50(64,9%)	21(91,3%)	0(0%)	0,049**
[5 - 10 [	3(30%)	11(14,3%)	0(0%)	1(100%)	
[10 - 20 [	0(0%)	8(10,4%)	1(4,3%)	0(0%)	
≥20 ans	1(10%)	8(10,4%)	1(4,3%)	0(0%)	
Lieu de formation					
Étranger	2(20%)	26(33,8%)	3(13%)	1(100%)	0,087
National	8(80%)	51(66,2%)	20(87%)	0(0%)	
Durée de formation					
5 ans	0(0%)	2(2,6%)	2(8,7%)	0(0%)	0,605
6 ans	3(30%)	12(15,6%)	3(13%)	0(0%)	
7 ans	5(50%)	58(75,3%)	17(73,9%)	1(100%)	
> 7 ans	2(20%)	5(6,5%)	1(4,3%)	0(0%)	
Lieu d'exercice					
Cabinet Privé	1(10%)	35(45,5%)	11(47,8%)	1(100%)	0,046**
Milieu hospitalier confessionnel	1(10%)	7(9,1%)	6(26,1%)	0(0%)	
Milieu hospitalier public	8(80%)	35(45,5%)	6(26,1%)	0(0%)	

Une influence positive sur le niveau des compétences de santé des professionnels s'est faite ressentir avec une grande significativité en fonction de la durée d'exercice ($p=0,049^{**}$) et du lieu d'exercice ($p=0,046^{**}$). Dans le but de trouver des raisons ou des éléments explicatifs et comparatifs à ces résultats nous les avons discutés par la suite.

CHAPITRE V : DISCUSSION

V.1. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude présentait plusieurs limites qui ont influencé la parfaite conduite de la recherche.

- D'abord, la liste des médecins bucco-dentaires de Yaoundé que l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes (ONCDC) avait mis à la disposition de l'étude n'était pas actualisée. De ce fait certains professionnels concernés par l'étude ne pouvaient pas être inclus car absents sur ladite liste.
- Ensuite, l'indisponibilité de certains médecins bucco-dentaires à répondre au questionnaire de collecte pour des raisons diverses (agenda de consultation chargé, absence de pratiques, absence au lieu de travail...etc.) Souvent, les rendez-vous donnés par ces derniers étaient peu respectés. Ce qui a été la principale difficulté durant le recrutement.
- Enfin, les données concernant les pratiques ont été collectées sur la seule base déclarative. Elles peuvent de fait poser un problème de véracité de l'exactitude des réponses données par rapport à la pratique réelle. Néanmoins, quelques questions-contrôles et l'observation ont permis de minimiser quelque peu les biais inhérents à la technique de collecte.

La collecte des données s'est néanmoins achevée avec un taux d'échec acceptable (07,5%).

V.2. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude était constituée de 111 médecins bucco-dentaires (MBD), avec un taux de participation de 92,5%, soit plus du double du taux obtenu dans une étude réalisée en 2012 en France qui était de 42% ceci s'expliquerait par le fait que l'administration des questionnaires se faisait en présentiel tandis que dans l'autre étude, la majorité des questionnaires étaient envoyés aux praticiens par courrier électronique. [12]

La population était principalement représentée par le genre féminin comme dans l'étude menée en 2015 au Cameroun [54] ; qui était une étude effectuée sur l'étendue du territoire camerounais et dont la majorité des MBD étaient des femmes (53,37%). Ces résultats dans la ville de Yaoundé reflétaient la réalité au plan national car près de la moitié (47,2%) des MBD travaillent dans la région du Centre [54]. De plus ils correspondaient à ceux retrouvés au plan national qui montre une répartition de 55% de femmes et 45% d'hommes dans le personnel médical [55]. La recherche et l'intérêt pour l'esthétique du genre féminin ont peut-être incité les femmes au métier de MBD.

L'âge moyen était de 32,5 ans ; ce qui est différent des résultats de l'étude menée en 2015 au Cameroun qui était de $41 \pm 9,1$ ans [56] ; ceci s'expliquerait par la sortie des MBD nouvellement formés depuis 2014 au Cameroun. De plus un minimum de 24 et un maximum 70 ans avec un sex-ratio de 0,6 ont été retrouvés ce qui est similaire aux résultats de l'étude menée au Cameroun en 2018 où l'âge des participants allait de 24 à 65 ans et le sex-ratio de 0,5. [56]

Les MBD omnipraticiens constituaient 95,5% de la population tandis que les spécialistes représentaient 4,5% ce qui représente sensiblement la moitié du pourcentage retrouvé dans l'étude menée en 2015 au Cameroun qui montrait que moins d'un dixième (7,9%) des MBD au Cameroun étaient des spécialistes. Ce qui s'expliquerait par l'augmentation du nombre de MBD omnipraticiens pendant ces 6 dernières années au Cameroun et l'absence de cycle de spécialisation pour les MBD au Cameroun. [54]

La majorité des MBD (82,88%) avait moins de dix années d'exercice contrairement à l'étude menée au Cameroun en 2018 qui montrait que plus de la moitié des MBD (51%) avaient plus de 10 ans d'expérience [56]. Ce résultat contraire s'expliquerait par la croissance du nombre de MBD nouvellement formés au Cameroun ces 6 dernières années. De plus l'ONCDC est passé d'un effectif de 178 membres en 2014 à 830 en 2020.

La majorité des MBD (71,17%) avait été formée au Cameroun, ceci s'expliquerait par le fait que depuis 2007 le gouvernement Camerounais s'investi dans la formation d'au moins 25 nouveaux MBD par an. De plus on est passé d'un effectif de 48 MBD formés au Cameroun en 2011 à 490 en 2019 [54]. Enfin selon le contexte historique avant 2007 tous les MBD au Cameroun étaient formés à l'étranger.

Une durée de formation de 7ans chez 73% de la population d'étude corrobore avec le fait que 71,17% d'entre eux ont été formé au Cameroun où la formation en médecine bucco-dentaire dure 7 ans.

Les milieux publics et privés étaient les plus représentés à 44,14% et 43,24% respectivement. Ce résultat est semblable à celui retrouvé en 2015 au Cameroun soit 40% dans le secteur public et 47,2% dans le privé [54]. Comme le gouvernement camerounais recueille en moyenne 30 MBD par an, le reste exercera dans le secteur privé dans les grandes villes. Tandis qu'en France en 2019, 84,5% des MBD étaient en activité libérale. [57] Ayant pour objectif d'évaluer les compétences de santé de cette population, nous avons débuté par l'évaluation de leur niveau de connaissances.

V.3. CONNAISSANCES

Les manifestations bucco-dentaires fréquemment évoquées par les participants étaient d'ordre parodontal à l'occurrence : la gingivite gravidique par 73%, les saignements gingivaux par 60,4% et les parodontites par 59,5%. Ce résultat est similaire à celui trouvé en 2006 au Cameroun dans le cadre de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant. Les pathologies parodontales les plus rencontrées étaient les parodontites soit 74,3% ; suivi des gingivites (72,6%). Les épulis gravidiques étaient observées chez 4,4% des femmes enceintes [5]. Tandis que 97,3% de femmes présentaient au moins une dent cariée ce qui est largement supérieur à ce retrouvé dans l'étude ; dans laquelle la carie dentaire était évoquée par 49,5% des MBD [5].

Ce qui s'expliquerait par la prévalence élevée des manifestations parodontales chez les femmes enceintes dans les données de la littérature. Ces affections et les modalités de leurs soins peuvent représenter des risques pour la grossesse. Ainsi, la quasi-totalité des participants (97%) approuvaient qu'une infection bucco-dentaire représente un risque en grossesse ce qui est légèrement supérieur à ceux trouvés dans l'étude menée en 2012 en France où 84,9% des participants pensaient qu'une infection bucco-dentaire présente un risque pour la grossesse. [12] Les principaux risques cités étaient la menace d'accouchement prématuré (81,5%), et la prééclampsie par (28,7%) ce qui est supérieur à ceux trouvés dans l'étude menée en 2012 en France dans laquelle la menace d'accouchement prématuré était citée par 53,6% et le risque de prééclampsie par 14,1% des praticiens. Néanmoins la naissance d'enfants prématurés de faible poids était évoquée par 40,7% des enquêtés et 45% dans celle menée en France en 2012 [12]. Ces résultats reflétaient la réalité décrite dans la littérature dans laquelle les manifestations obstétricales fréquentes sont : la menace d'accouchement prématuré et la prééclampsie.

A propos de la radiographie bucco-dentaire juste une minorité soit 13,5% affirmait que la radiographie dentaire n'expose pas la femme enceinte à un risque car les doses d'irradiation utilisées sont très faibles. Ce résultat est très inférieur à celui obtenu en France 2016 où 43,5% ont estimé que la dose d'irradiation émise lors d'une radiographie était trop faible pour engendrer un risque. Moins de la moitié (48,6%) des MBD ont estimé que la radiographie ne représentait aucun risque uniquement si la précaution de mettre un tablier de plomb à la patiente était prise comparée à 63% dans l'étude sus-citée. [58] 62,2% ont déclaré que la radiographie pouvait être responsable de malformations fœtales comparé à 28,5% dans l'étude sus-citée et 9% ont déclaré que la radiographie pouvait provoquer une fausse couche comparée à 2,5% dans l'étude comparative [58]. Ce résultat s'expliquerait par le fait que l'utilisation de la radiographie dentaire en complément de diagnostic est inférieure dans notre contexte comparé à l'Europe en raison des coûts élevés de ceux-ci. Selon l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN), les doses efficaces absorbées par la patiente sont de l'ordre de 1 à 8 μSv pour un cliché intrabuccal, équivalentes à moins d'une journée d'exposition naturelle, et de 4 à 30 μSv pour une radiographie panoramique dentaire. Autrement dit, la dose délivrée au fœtus lors de tout examen radiologique dentaire de routine (de 0,3 à 1 μSv) est inférieure à son exposition naturelle quotidienne (évaluée à 7 μSv). [4]

Seulement 31% des MBD ont reconnu l'existence d'un risque de l'anesthésie bucco-dentaire sur la grossesse comparée à 44% retrouvé dans l'étude menée en 2012 en France ; dans la même étude 55% des participants estimaient que l'anesthésie bucco-dentaire ne présente aucun risque en grossesse comparé à 37% dans notre étude. [12] Aussi 31% estimaient que ce risque existe uniquement s'il y'a adjonction de vasoconstricteur. Il semblerait donc que la réticence des MBD à utiliser l'anesthésie locale avec vasoconstricteur soit liée au terme de la grossesse en lien avec

l'estimation des risques. Toutefois selon les recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale les doses de vasoconstricteurs utilisées dans les solutions anesthésiques locales commercialisées sont en effet si faibles, qu'il est très improbable qu'elles puissent affecter le débit sanguin utérin et provoquer toute contraction. Parmi ces risques, 44,3% évoquaient la contraction utérine déclenchée par le vasoconstricteur, 43% évoquaient un malaise, 27% une souffrance fœtale, 25,7% une menace d'accouchement prématurée et 21% une toxicité fœtale. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés en France en 2012 où 40,4% évoquaient la contraction utérine déclenchée par le vasoconstricteur, 46,5% évoquaient la toxicité et souffrance fœtale et 39% évoquaient un malaise.[12] Ces résultats reflétaient la réalité décrite dans la littérature actuelle.

A propos des antalgiques et des anti-inflammatoires : 58,6% affirmaient que les anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) sont contre-indiqués pendant la grossesse cette proportion était plus importante dans l'étude menée en France en 2016 qui avaient retrouvé 83% ; car il existe un véritable risque de toxicité fœtale et/ou néonatale grave, après la prise d'un AINS par la mère en grossesse.[4] Moins de la moitié (42,3%) déclaraient que la codéine est contre indiquée au premier trimestre ce qui était similaire à l'étude menée en France en 2016 qui avait trouvé une proportion de 43%. Moins de la moitié (44,1%) pensaient que les corticoïdes peuvent présenter un risque tératogène en grossesse malgré que ce sont les glucocorticoïdes de synthèse, qui sont indiqués pour la prévention des manifestations inflammatoires en grossesse.[4] Ce nombre est légèrement supérieur à celui retrouvé en France en 2016 (37%) ; 12,6% pensaient pouvoir prescrire des corticoïdes quel que soit le terme de la grossesse tandis qu'une proportion plus élevée pensait pareil dans l'étude sus-citée (18%). Seulement 1% affirmait pouvoir prescrire de la morphine quel que soit le terme de la grossesse comparé à 7% dans l'étude sus-citée.[58] Ces connaissances erronées sur les médicaments utilisés en grossesse s'expliqueraient par un faible taux de formation continue (41%) de nos informateurs à propos de la PEC de la femme enceinte et une utilisation abusive des AINS dans notre contexte au vu de la prévalence élevé d'urgences douloureuse au détriment des bilans de routine.

A propos des antibiotiques : 81% des MBD ont affirmé que certains antibiotiques sont potentiellement dangereux en grossesse ce qui est près que similaire au résultat retrouvé en 2016 en France soit 89%. Moins de la moitié (46%) ont déclaré pouvoir prescrire des pénicillines quel que soit le trimestre de la grossesse tandis que moins du double (80%) ont répondu de manière similaire dans l'étude précédente. La possibilité de pouvoir prescrire des antibiotiques quel que soit le trimestre de grossesse était évoqué par 36% de la population d'étude loin de celui retrouvé en 2016 en France (62%). Les sulfamides et les cyclines pouvaient être prescrits par 6,3 et 1,8% respectivement comparé à des chiffres plus faibles dans l'étude

comparative (1,9% et 0,9% respectivement) malgré leur contre-indication en grossesse.[4] Ce résultat montrant une faible prescription des antibiotiques (ATB) en grossesse par les MBD dans notre contexte s'expliquerait par une trop grande précaution de ces derniers redoutant un effet délétère sur la grossesse. Les participants à l'étude avaient des moyens par lesquels ils s'informaient.

Ces moyens d'informations faisaient état de ce que 96% avaient reçus des enseignements sur la prise en charge (PEC) des affections bucco-dentaires (ABD) chez la femme enceinte lors de leur formation initiale ce qui est très supérieur au résultat obtenu par en 2012 en France soit 56,4% [12]. Tandis que 59% n'avaient pas suivis des formations continues sur le sujet ce qui est très en dessous du résultat retrouvé dans l'étude Françaises dans laquelle 83,2% n'avaient pas suivis des formations continues. Les moyens utilisés étaient les suivants : les revues scientifiques par 43,5% résultat approximatif à l'étude menée en France en 2012 (57,1%), sites web par 41,3% qui est très supérieur au résultat de l'étude sus citée qui n'était qu'à 5,7%, les EPU étaient évoqués par 32,6% des MBD. Résultat supérieur à celui trouvé dans l'étude française soit 11,4%. Les séminaires/congrès étaient le moyen d'information de 19,6% de la population très en dessous des résultats obtenus par l'étude susmentionnée qui était de 51,4%.[12] Ces résultats s'expliqueraient par le fait que la PEC des femmes enceintes est inscrite dans le contenu de la formation des praticiens au Cameroun ; de plus la formation continue dans notre contexte est prédominée par les revues scientifiques et les sites web. Les séminaires et congrès étant peu sollicités au vu de des dépenses financières nécessaire pour y participer et la situation financière peu confortable de nos praticiens.

Le niveau de connaissances des participants était moyen à 56%, résultat similaire à l'étude menée en 2020 en Iran. [50] En outre 33% de la population avait un niveau insuffisant comme dans l'étude menée et 2013 au Nigéria [53]. Une minorité de 3% avait un niveau faible de connaissance et seulement 8% des médecins bucco-dentaires avaient un bon niveau de connaissance ceci s'expliquerait par le fait que dans les études menées en Iran et au Nigéria la population d'étude était constituée d'étudiants seniors en médecine bucco-dentaire. De plus dans notre étude, la majorité des MBD (59%) n'avait jamais suivi une formation continue sur le sujet, et tous étaient intéressés par une réactualisation des connaissances à ce sujet. Ce qui expliquerait un niveau de connaissance moyen. Après l'évaluation des connaissances l'évaluation des attitudes a été faite.

V.4. ATTITUDES

La moitié des MBD interrogés estimaient qu'il est possible de réaliser les soins bucco-dentaires quel que soit l'âge de la grossesse ce résultat est proche de celui de l'étude menée en 2016 en France qui avait retrouvé 66% [58]. Tandis que 19% estimaient que cela n'est possible qu'en

cas d'urgence ; résultat similaire dans l'étude susmentionnée [58]. Or la littérature a clairement établi que les soins bucco-dentaires sont réalisables pendant toute la durée de la grossesse et que les pathologies dentaires non traitées peuvent avoir un effet délétère sur le déroulement de la grossesse et sur le bien être fœtal. Le ressenti des MBD était pour 71% de la confiance ; ceci s'expliquerait par le fait que 96% des participants avaient reçu des enseignements sur le sujet durant leur formation initiale ; de ce fait se disaient capables de prendre en charge les femmes enceintes de manière efficiente.

Concernant les réactions des participants face à une femme enceinte souffrant d'une ABD, 37% affirmaient qu'ils prennent personnellement en charge le cas, 26% suivent leurs patientes 2 fois plus que dans tout autre pathologie. Ce résultat résulterait du fait qu'ayant conscience des risques encourus par leurs patientes enceintes, les praticiens les abordaient avec plus d'attention que les autres patients ceci dans le but d'effectuer une PEC précautionneuse. Tandis que 33% prennent en charge comme tout autre pathologie. Des incapacités dans cette PEC ont été énoncées. En cas d'incapacité dans la PEC d'une patiente souffrant d'ABD en grossesse, 17% des MBD avaient une attitude qui dépendait de la présence d'une grande structure sanitaire non loin de la leur ; capable de réagir promptement en cas de complications pendant le soins. Parmi eux 68,4% font une PEC initiale suivi de la référence, 10,5% font une PEC d'emblée, 5,3% effectuent une référence d'emblée et 5,2% agissent selon le cas en présence. Ce résultat s'expliquerait par le fait qu'un bon nombre de cabinets dentaires de la ville de Yaoundé ont un faible plateau technique, ne permettant pas aux praticiens de prendre en charge efficacement les patientes enceintes. Plus de la moitié des participants (61%) étaient plus à l'aise à référer leurs patientes enceintes vers un confrère plus expérimenté en cas de difficulté dans la PEC, 21% référaient chez un gynécologue, 4% chez un parodontologiste et 8% ne faisaient aucun recours. Ce qui s'expliquerait par le fait que la majorité des enquêtés soit consciente que les ABD en grossesse doivent être pris en charge par le MBD et font recours à plus expérimentés qu'eux lorsqu'ils sont en incapacité.

La majorité des participants (59,5) avait estimé que pour une PEC multidisciplinaire efficace et la collaboration entre MBD et gynécologues obstétriciens est à améliorer dans le contexte qui est le nôtre. Ce résultat est très supérieur à celui retrouvé dans une étude menée en France en 2015 en France qui était de 17% [44]. Par contre 13,5% estimaient qu'elle est satisfaisante et 27% qu'elle est inexistante, ces résultats sont à l'opposés de ceux obtenus dans l'étude suscitée qui avait trouvé que 60% des participants estimaient que cette collaboration est inexistante et aucune personne ne la trouvait satisfaisante [44]. Ce résultat démontre la faiblesse de la collaboration entre gynécologue et MBD dans la PEC bucco-dentaire de la femme enceinte. Pourtant, une meilleure coordination des professionnels de santé au sein du parcours de soins

de la patiente, pourrait amener à un meilleur suivi et une meilleure prise en charge bucco-dentaire, enjeu majeur de santé publique.

Plus de la moitié des médecins bucco-dentaire (55%) avait un niveau d'attitudes approximatif tandis que 36% avaient des attitudes justes ; 6,3% avaient des attitudes erronées et 2,7% avaient des attitudes néfastes. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé en 2019 en Iran où les étudiants seniors avaient des attitudes justes pour 61% et approximatives pour 21% ceci s'expliquerait par une probable meilleure perception des soins dentaires en Iran et d'une grande considération pour la santé des femmes enceinte par rapport à notre contexte [50]. Après l'évaluation des attitudes l'évaluation des pratiques a été faite.

V.5. PRATIQUES

En ce qui concerne la fréquence de PEC des femmes enceintes au cabinet dentaire, 64% des praticiens recevaient souvent des femmes enceintes en consultation, 28,8% en recevaient parfois, 7,2% en recevaient rarement et aucun n'en recevait jamais. Ce résultat est similaire à l'enquête menée en France en 2016 dans laquelle plus de la moitié des dentistes (57%) estimaient recevoir « souvent », 35,5% « parfois », et 7,5% « rarement » des femmes enceintes en consultation et aucun dentiste n'avait déclaré ne jamais recevoir de femme enceinte à son cabinet dentaire. [58] Parmi ces 7,2%, qui en recevaient rarement, 87,5% affirmaient que c'est parce qu'elles ne viennent pas en consultation dans leur cabinet et 12,5% parce qu'ils appréhendent les complications suite aux soins. Ce résultat est similaire à celui trouvé par en France 2016 [58] dans laquelle 45,7% estimaient que ces patientes ne viennent pas consulter dans leur cabinet et 5,7% ne souhaitaient pas les prendre en charge par peur d'éventuelles complications obstétricales. Ce résultat s'expliquerait par le fait que, depuis 2010 en France une consultation bucco-dentaire de prévention au 4^{ème} mois est préconisée par l'HAS à toutes les femmes enceintes, et depuis 2014 cette consultation est prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Or dans notre contexte, les soins bucco-dentaires sont encore mal perçus auprès des femmes enceintes qui estiment qu'ils sont à différer après la grossesse et très peu de professionnels de la grossesse recommandent à leurs patientes un bilan bucco-dentaire.

La majorité des participants (60,4%) recevait en moyenne 1 à 5 femmes enceintes par trimestre, 27,9% en recevaient 6 à 10 tandis que 10,8% recevaient plus de 10 femmes enceintes par trimestre et environ 1% n'en recevait pas. Ce qui est très loin du résultat obtenu en 2011 aux Etats unis où la moyenne par trimestre était à 24 femmes enceintes. [59] Ceci s'expliquerait par le fait que les MBD exerçant dans les structures hospitalières dotées d'un service de gynécologie recevront plus fréquemment les femmes enceintes venant en consultations prénatales (CPN) que ceux exerçant dans les cliniques dentaires ; et aux Etats unis les

assurances maladies permettent à un plus grand nombre de femmes enceintes de consulter ; ce qui n'est pas le cas dans notre contexte où nous n'avons pas de couverture santé et les soins dentaire sont onéreux.

Les motifs de consultations fréquemment évoqués par les femmes enceintes chez les praticiens étaient : la douleur dentaire par 94,6%, les raisons parodontales par 76,8%, le bilan bucco-dentaire par 21%, et les raisons prothétiques 1%. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés en 2012 en France où la douleur dentaire représentait 69,8% des motifs, le bilan bucco-dentaire 71,2%, les raisons parodontales par 69,3%, et les raisons prothétiques par 4,7%.[12] Les bilans bucco-dentaires étaient faiblement effectués dans notre contexte, les patientes venaient en majorité lorsqu'elles étaient confrontées à une douleur dentaire ou une raison parodontale. Ce résultat s'expliquerait par le fait que, dans notre contexte très peu de professionnels de la grossesse recommandent à leurs patientes un bilan bucco-dentaire et ces dernières ne viennent consulter qu'en cas d'urgence. Or depuis 2002 en France la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande chez la femme enceinte un examen bucco-dentaire de prévention à partir du 4ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant l'accouchement. De plus l'HAS préconise aux professionnels de la grossesse d'adresser leurs patientes à un chirurgien-dentiste afin de bénéficier des conseils d'hygiène et de prévention bucco-dentaires adéquats.

Pour prévenir et traiter les affections bucco-dentaires en grossesse, 90,1% des participants conseillaient à leurs patientes enceintes d'effectuer un suivi bucco-dentaire durant leur grossesse et 80,2% les informaient systématiquement des éventuelles conséquences buccales de la grossesse. Ce résultat est légèrement inférieur à la proportion des praticiens de l'étude menée en 2016 en France où 96,5% conseillaient à leurs patientes enceintes d'effectuer un suivi bucco-dentaire et 88,5% les informaient systématiquement des éventuelles conséquences buccales de la grossesse [58]. La dimension de prévention et d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire pendant la grossesse est d'autant plus importante que les MBD ayant participé à notre étude semblaient donc prendre en charge et conseiller les femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire.

Les conseils prodigués aux patientes par les participants étaient les suivants : brossage biquotidien (87,4%), visite bucco-dentaire trimestrielle (61,3%), détartrage (53,2%), traitement des caries (52,3%), éviction du grignotage (47,7%), éviction du brossage après un épisode de vomissement (19,8%), bain de bouche antiseptique (18%), application de fluor topique (17,1%), bain de bouche à l'eau tiède ou du bicarbonate de sodium après vomissement (17,1%). Ce résultat est inférieur à celui retrouvé en 2019 en France avec les résultats ci-après : brossage biquotidien (95,7%), bain de bouche à l'eau tiède ou du bicarbonate de sodium après vomissement (49,6%), éviction du brossage après un épisode de vomissement (27,5%), bain de bouche antiseptique (12,4%) [57]. Ce résultat va en droite ligne avec les recommandations de

la Haute Autorité de Santé (HAS) au sujet de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. De plus, la grossesse est en effet une période propice à la diffusion des messages de sensibilisation. Les urgences représentaient le motif le plus fréquent chez les femmes enceintes, 72,1% des participants en recevaient souvent, 17,1% parfois, 9,9% rarement et 1% n'en recevait jamais. Ce résultat est différent de celui trouvé en 2016 en France qui avait trouvé des fréquences de 30%, 44,5%, 22,5% et 1,5% respectivement pour les urgences.[58] Les patientes venaient pour des soins de routine à des fréquences suivantes : souvent 18,1%, parfois 22,5%, rarement 43,2% et jamais 16,2%. Ce résultat est différent de celui trouvé en 2016 en France qui avait trouvé des fréquences de 22,5%, 48%, 25,5% et 2,5% respectivement pour les soins de routine. [58]

Les bilans bucco-dentaires représentaient le motif le moins fréquent chez les femmes enceintes ; 13,5% des participants en recevaient souvent, 8,2% parfois, 47,7% rarement et 30,6% n'en recevaient jamais. Ce résultat est inférieur à celui trouvé en 2016 en France qui avait trouvé des fréquences de 66,5%, 28%, 5,5%, et 0% respectivement pour les bilans bucco-dentaires [58]. Ces différences font état de ce que dans notre étude les patientes enceintes venaient plus pour des urgences et dans l'étude suscitée elles venaient plus pour des bilans bucco-dentaires car les soins bucco-dentaires sont encore mal perçus auprès des femmes enceintes qui estiment qu'ils sont à différer après la grossesse et ne sollicitent le MBD qu'en cas d'urgence.

Dans le but de prévenir les caries dentaires chez le futur enfant, 77,5% de la population d'étude savaient qu'on ne supplémente plus en fluor tandis que dans l'étude menée en 2019 en France 91 % de la population n' en conseillaient pas [57]. Les raisons évoquées étaient les suivantes : un risque de surdosage en fluor pour la mère par 9,3% , très inférieur à la proportion de MBD dans l'étude de 2019 en France qui était de 33,9%, cela n'est plus recommandée par 40,5%, très inférieur à la proportion de MBD dans l'étude de 2019 en France qui était de 71% , il n'existe pas de bénéfice entre la mère et le fœtus par 24,4% similaire au résultat de 2019 en France qui était de 23,5 et l'apport alimentaire est suffisant par 14,2% qui représente moins de la moitié des praticiens de l'étude de 2019 en France qui étaient de 37,6 [57].

Rappelons que depuis 1997, il a été montré qu'il n'existe aucune preuve que l'administration du fluor à la mère dès le troisième mois de la grossesse comporte un bénéfice supplémentaire pour les dents de son enfant. Pourtant, 22,5% des répondants prescrivaient encore une supplémentation en Fluor preuve d'un manque de connaissance sur le sujet.

La position maternelle est importante pour éviter les malaises au fauteuil. Afin d'éviter le syndrome cave dès la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), 58,6% réalisaient des actes courts avec pauses régulières ce qui est supérieur au résultat de 2019 en France (43,5%). Moins de la moitié (40,5%) mettaient leurs patientes en position semi-assise tandis que dans l'étude de 2019 en France 26,4% faisaient pareil. Une minorité (17,1%) installaient leurs patientes avec

un appuis sur le côté gauche ; résultat similaire dans l'étude menée en 2019 en France (16,3%). La position moins allongée que les patients habituels étaient employés par 14,4% des MBD tandis que dans l'étude suscitée une proportion de 41,9%. Enfin 6,3% des enquêtés réalisaient les soins sans précautions sur la position de leurs patientes contre 18,2% française.[57] La dénomination du syndrome cave semblait être peu connu dans le domaine des MBD, mais ses effets étaient très bien identifiés. La quasi-totalité (93,7%) prenaient des précautions pour l'éviter.

A propos des antalgiques, le médicament le plus prescrit était le paracétamol (86%) ce résultat est supérieur à celui retrouvé en 2016 en France (66,5%) bien que ce médicament soit autorisé en grossesse. [58] Le moins prescrit était les dérivés codéinés ; 64% des MBD n'en prescrivait jamais. Similitude dans l'étude de sus cité dans laquelle 80,5% des participants n'en prescrivaient jamais malgré qu'elles ne constituent aucun risque en grossesse [58]. La douleur et l'inflammation sont des problématiques souvent évoquées en odontologie et, malgré la nécessité d'un traitement étiologique, la prescription d'antalgiques est souvent nécessaire.

Les anti-inflammatoires étaient faiblement prescrits bien qu'une minorité en prescrivait parfois pourtant ils sont formellement contre indiqués même à faible dose, l'acide acétylsalicylique n'était jamais prescrit par 80% et l'ibuprofène par 77% ce résultat se rapproche de celui de 2016 en France qui avait enregistré des pourcentages d'abstention de 91% et 88% respectivement [58]. Les corticoïdes n'étaient jamais prescrits par la majorité (79%) ; résultat similaire dans l'étude de 2016 en France malgré qu'ils soient indiqués en grossesse. [58] Ces chiffres nous montre qu'il existe des lacunes concernant la prescription médicamenteuse aux femmes enceintes en matière de traitement de la douleur et de l'inflammation. Pourtant ce sont des pathologies auxquelles les MBD sont souvent confrontés.

A propos des antibiotiques, les macrolides (clindamycine et pristinamycine) et métronidazole + spiramycine étaient très peu prescrits (3%, 2%, 15%) respectivement. La même observation est faite dans l'étude de 2016 en France avec pour proportions (3,5%, 2,5% et 2%) respectivement pour les antibiotiques sus indiqués ; or ils sont indiqués en grossesse. Ce qui démontre la précaution et la réserve des MBD vis-à-vis de la prescription d'ATB autre que l'amoxicilline qui était fortement prescrite par 96%. Il est également à noter que 8% des participants prescrivaient quelques fois de la tétracycline à leurs patientes enceintes ce qui est très supérieur au résultat de 2016 en France (2,5%) malgré qu'ils induisent une coloration des bourgeons dentaires du fœtus ainsi qu'une toxicité nerveuse. [58] Aussi 70% des participants prescrivaient souvent de l'amoxicilline associé à l'acide clavulanique. Ce résultat est très supérieur à celui retrouvé par de 2016 en France qui avait une faible proportion de 7% qui en prescrivait souvent malgré son indication en grossesse [58]. Ce qui semble être un pourcentage

assez conséquent compte-tenu de l'importance de traiter une infection qui se déclare durant la grossesse, mais également des risques potentiels de tératogénicité et de fœtotoxicité.

Les pratiques des soins en fonction des périodes étaient pour certains inadéquates.

Les périodes idéales de réalisation des soins en soins de routine, 42,3% reportaient l'anesthésie locale avec vasoconstricteur en post partum ce qui est contraire aux résultats obtenus en France en 2016 [60] dans laquelle la majorité des praticiens (75%) l'effectuait au 2^{ème} trimestre de grossesse. Une minorité 26,1% estimaient que la chirurgie parodontale peut être pratiquée pendant la grossesse au lieu d'être différée en post partum comme recommandé ; ce résultat est proche de celui retrouvé dans l'étude de France en 2012 [52] qui retrouvait une proportion de 32,3%. Plus de la moitié 52,3% renvoyaient les radiographies dentaires en post partum pourtant elles ne représentent pas de risques et peuvent être pratiquées pendant la grossesse. Ce résultat est contraire à celui retrouvé en 2016 en France qui avait 16% des participants qui reportaient la radiographie dentaire en post partum. [58] La prise en charge bucco-dentaire doit être adaptée à la période de la grossesse [1] et il est admis qu'en dehors de toute pathologie les soins dentaires de routine doivent être pratiqués de préférence durant le 2^{ème} trimestre. Au premier trimestre, l'embryon est particulièrement sensible aux interventions extérieures et tout soin ne s'avérant pas nécessaire dans l'immédiat peut être reporté. De plus cette période est souvent accompagnée de fatigue et de nausées ce qui rendent les soins moins souhaitables et la prise en charge plus difficile. Le 3^{ème} trimestre est une période à risque d'accouchement prématuré et éprouvante pour la femme enceinte. Les soins de routine qui ne s'avèrent pas indispensables seront de préférence reportés en post partum.

En urgence, 52,2% des MBD reportaient l'administration des anesthésiques en post partum malgré qu'elles puissent être administrées en respectant les doses et le choix de la molécule. Ce résultat est très supérieur à celui de 2016 en France qui avait trouvé 18,5% [58]. De la même manière 13,5%, 8,1% et 11,7% respectivement reportaient le drainage d'abcès, l'extraction dentaire simple et le traitement endodontique en post partum malgré leur tolérance par la femme enceinte. Ce résultat est très supérieur à celui retrouvé dans l'étude susmentionnée qui avaient trouvé pour les soins sus cités une proportion de 8%, 8,5% et 3% respectivement qui reportaient les soins en post partum [58]. Les pratiques des MBD interrogés concernant les soins bucco-dentaires n'étaient donc pas toujours concordantes avec les données actuelles de la littérature, et ce principalement dans le contexte d'urgence où les soins semblent être encore trop différés malgré la balance bénéfice - risque.

V.6. NIVEAU DE COMPÉTENCES

La majorité des participants (78%) avait un niveau de compétences moyen, tandis que 29% avaient un niveau insuffisant et juste 9% avaient un bon niveau. Ce résultat est concordant avec

les précédents qui révélait un niveau moyen de connaissances et attitudes mais des pratiques inadéquates ce qui nous emmène à penser que cet état de choses est lié non seulement à un plateau technique faible limitant les actes thérapeutiques des praticiens ; mais aussi à l'onérosité des soins dentaires dans un environnement dénué de couverture santé universelle.

De plus, une influence positive sur le niveau des compétences de santé des professionnels s'est faite ressentir avec une grande significativité en fonction de la durée d'exercice ($p=0,049^{**}$) et du lieu d'exercice ($p=0,046^{**}$). Révélant une augmentation des compétences avec l'expérience et une prédisposition à avoir de meilleures compétences en exercice privé car le plateau technique est meilleur.

Les MBD semblaient donc demandeurs d'améliorer leurs compétences et désireux d'être mieux formés à prendre en charge les femmes enceintes. En outre, 41% des praticiens de notre étude ont déclaré avoir suivi une formation continue sur Le sujet et 100% étaient intéressés par une réactualisation de leurs connaissances. L'enquête témoigne donc de l'intérêt des MBD dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes. Ainsi l'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé pourrait passer par une formation conjointe des MBD et des professionnels de la périnatalité sur les besoins en santé bucco-dentaire des femmes enceintes. Ainsi que la mise sur pied d'une politique nationale de PEC des femmes enceintes.

CONCLUSION

La présente étude portait sur l'évaluation des compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la la femme enceinte. Elle avait pour objectif d'évaluer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte, à travers l'analyse de leur niveau de connaissances, leurs attitudes et pratiques.

L'hypothèse principale qui soutenait qu'un bon niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis à vis de la prise en charge des affections bucco-dentaires de la femme enceinte va contribuer au bon déroulement de la grossesse n'a pas été totalement confirmé. En effet, La majorité des participants (69%) avait un niveau de compétences moyen, 29% avaient un niveau insuffisant et juste 9% avaient un bon niveau sur la prise en charge des affections bucco-dentaire chez la femme enceinte. Malgré que La gestion dentaire des patientes enceintes nécessite une attention particulière et qu'elle a très souvent été occultée par crainte d'éventuels risques de tératogénicité.

Il a été retrouvé dans cette étude que malgré un manque de recommandations nationales de bonnes pratiques, un niveau des connaissances moyen à 56% et un bon niveau de connaissance à 8%, 33% insuffisant et 3% un faible niveau de compétence sur les affections bucco-dentaires en grossesse, les risques des ABD et soins bucco-dentaires sur la grossesse et les traitements adaptés pour les ABD en grossesse. Quant aux attitudes médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte, Plus de la moitié des médecins bucco-dentaire (55%) avait un niveau d'attitudes approximatif tandis que 36% avaient des attitudes justes sur la perception des soins bucco-dentaires chez la femme enceinte et le recours en cas d'incapacité dans la PEC. Les pratiques des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte, plus de la moitié des médecins bucco-dentaires (76%) avait des pratiques inadéquates, tandis que 13% avaient des pratiques néfastes sur des médicaments utilisés en odontostomatologie et les périodes de réalisations des soins bucco-dentaires en grossesse.

Il ressort de cette étude que le niveau des compétences de santé des MBD de Yaoundé vis-à-vis de la PEC des ABD chez la femme enceinte était moyen. Ainsi, une mesure appropriée s'imposait en vue d'améliorer les connaissances des MBD de Yaoundé et par là leurs attitudes et pratiques, en particulier l'accent sur la formation continue des MBD sur le sujet et la mise sur pied d'un protocole national de prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suggérées humblement sont les suivantes :

Au Ministère de la Santé Publique :

- Améliorer le plateau technique des cabinets dentaires des hôpitaux.
- Introduire les consultations bucco-dentaires dans les CPN.
- Sensibiliser les professionnels de la santé périnatale sur le besoin d'un suivi bucco-dentaire en grossesse.
- Mise en place d'une politique nationale de PEC bucco-dentaire de la femme enceinte.

A l'ONCDC

- Organiser des séminaires de formations sur la PEC de la femme enceinte chez les MBD.
- Faire la promotion de la santé bucco-dentaire auprès des femmes enceintes.

Aux personnels soignants :

- S'informer davantage sur le sujet.
- Participer à des séminaires et des formations continues sur le sujet.
- Sensibiliser les patientes enceintes sur l'hygiène bucco-dentaire en grossesse.

A la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales :

- D'intensifier les cours sur la PEC des ABD chez la femme enceinte dans les programmes d'enseignements.
- Organiser des séminaires sur la PEC des ABD chez la femme enceinte.

A la communauté :

- Recourir aux médecins bucco-dentaires en cas d'affection bucco-dentaire chez la femme enceinte.
- Encourager les femmes enceintes souffrants d'ABD à se rapprocher des formations. Sanitaires afin d'avoir une PEC adéquate.

REFERENCES

1. Silk H, Douglass A B, Douglass J M. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008; 77:1139-1144.
2. Kandelman D, Ouatik N. Prévention de la carie de la petite enfance (CPE). *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. 2006; (Suppl.):9-13.
3. Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. *PLoS ONE*. 2012;7(5):e33296.
4. Dalstein A, Camelot F, Laczny E, Clément C, Yasukawa K. Prise en charge des urgences chez la femme enceinte. 2015;13.
5. Bengondo C, Ze Minkande J, Mengong H, Pisoh C, Onana J, Essama B. Pathologie Bucco-Dentaire De La Femme Enceinte En Milieu Camerounais. *Clin Mother Child Health*. 2006; 3(1): 449-452.
6. Kassab B, Colombier ML, Kaminski M, Lelong N, Sixou M, Nabet C. Impact of periodontitis definition in epidemiological research. Results from the EPIPAP study in post-partum women. *Actualités Odonto-Stomatologique*. 2014;20-26.
7. Jansson L, Lagervall M. Periodontitis progression in patients subjected to supportive maintenance care. *Swed Dent J*. 2008;32(3):105-114.
8. Cordier G, Lézy J-P, Vacher C. Stomatologie et grossesse. *EMC*. 2013 oct;8(4)1-6
9. El Merini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte. *Le courrier du dentiste [en ligne]*. 2003 Mai [consulté le 24/Novembre/2019];1(6): [16 pages] .consultable à l'URL: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaireschez-la-femme-enceinte.html>
10. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene*. 2009;(7):102-7.
11. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, et al. Oral health during pregnancy. *J Matern Fetal Neonat Med*. 2009;22(9):733-9.
12. Egea L, Le Borgnec L, Samson M. Infections bucco-dentaire et complications de la grossesse: connaissances et attitudes des professionnels de santé. *J Gynecologie obstétrique & fertilité* 41. 2013;635-40.
13. Bernimoulin JP. Recent concepts in plaque formation. *J Clin Periodontol*. 2003;30 (5): 7-9.
14. Brown LJ, Wall TP, Lazar V. Trends in caries among adults 18 to 45 years old. *J Am Dent Assoc*. 2002 Juil;133(7):827-34.
15. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral health in 35-44 year old adults in France. *Int Dent J*. 1997 Avr;47(2):94-99.
16. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J. Periodont. Res*. 2007 Juin;42(3):219-27.
17. Jansson L, Lagervall M. Periodontitis progression in patients subjected to supportive maintenance care. *Swed Dent J*. 2008;32(3):105-14.
18. Carillo A, Figuerro E, Herrera D. Gingival changes during pregnancy : III. Impact of clinical, micro-biological, immunological and sociodemographic factors on gingival inflammation. *J Clin Periodontol*. 2012;39:272-83.
19. Hunter L, Hunter B. *Oral Healthcare in Pregnancy and Infancy*. Palgrave Macmillan. 1997;25:126-32.
20. Haute Autorité de Santé. *Stratégie de prévention de la carie dentaire*. Paris:HAS;2010.
21. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene*. 2009;(7):102-7.
22. Durand R, Gunselman EL, Hodges JS, Diangelis AJ, Michalowicz BS. A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth. *Oral Dis*. 2009;15:400-6.
23. Mobeen N, Jehan I, Banday N, Moore J, McClure M, Pasha O, et al. Periodontal disease and adverse birth outcomes: a study from Pakistan. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198: 514-8.
24. Dridi M, Gamgne C. Spontaneous premature births and periodontal diseases: the debate continues *Rev Odontostomatol*. 2008;37(1):19-42.
25. Gaw T. Periodontal disease and preterm delivery of lowbirth-weight infants. *J Can Dent Assoc*. 2002;68:165-9.

26. Haute autorité de santé. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse. Service des bonnes pratiques professionnelles. Paris:HAS;2012.
27. Crenn-Herbert C, Menguy C, Lebreton E. L'hypotrophie en Ile de France (2011). Ile-de-France, ARS. 2012;11:14-8.
28. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67:1103-13.
29. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2006;113:135-43
30. Ruma M, Boggess K, Moss K, et al. Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:389.
31. Boutigny H, Boschin F, Delcourt E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34:3S74-3S83.
32. Union française pour la santé bucco-dentaire. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé. Stratégie nationale de santé. Paris:UFSBD;2014.
33. Condylis B, LeBorgne H, Demoersman J et al. Intérêt du dépistage et du traitement des maladies parodontales chez la femme enceinte : revue de la littérature. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* 2013;42:511-7.
34. Bradley A, Shessel D. Dental treatment of the pregnant patient: Literature review and guidelines for the practicing clinician. 2012;65:87-96.
35. Descroix V. proscrire et prescrire ? Médicaments, un choix raisonné chez la femme enceinte *Revue d'odontologie-stomatologie.* 2005;34(2):83-99.
36. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Traitement par anti-inflammatoire non stéroïdiens pendant la grossesse. Paris:AFSSAPS;2004.
37. Jeanmougin P, Le Bel J. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante EMC- traité de médecine Akos.2014;9:1-7.
38. Salmon B, Le Denmat D. Radioprotection au cabinet dentaire. EMC-médecine buccale. 2011;10:11-12.
39. Essi M, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. 2013;14:3.
40. World Health Organization. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. Geneva: World Health Organization;2011.
41. Haute autorité de santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Saint denis:HAS;2010.
42. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care. Athènes:aapd;2011.
43. Catros S, Fricain, J.-C, Fenelon M. Grossesse et état bucco-dentaire. *Actualités Pharmaceutiques.* 2018;57 (579), 32–4.
44. Farhat SB. Pathologie dentaire et grossesse : enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes. 2015.
45. Luc E, Coulibaly N, Demoersman J, Boutigny H, Soueidan A. Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 2012;122:1047-55.
46. Vieira DR, de Oliveira AE, Lopes FF, Lopes e Maia Mde F. Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. *Community Dent Health.* 2015;32(2):77-82.
47. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M, Molina-Miñano F. Oral and dental health in pregnant women: attitudes among dentists in southeastern Spain. *N Y State Dent J.* 2014;80(1):38-41.
48. Huebner CE, Milgrom P, Conrad D, Lee RSY. Providing dental care to pregnant patients: a survey of Oregon general dentists. *J Am Dent Assoc* 1939. févr 2009;140(2):211-22.

49. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth Berkeley Calif.* sept 2012;39(3):238-47.
50. Zabihi M, Mohebbi S, Sargeran K, Razeghi S. Evaluation of knowledge and attitude of senior dental students of Tehran University of Medical Sciences regarding oral health care in pregnant women. *Iran J Pediatr Dent. Iranian Journal of Pediatric Dentistry*; 10 oct 2019;15(1):41-54.
51. Jeelani S, Khader KA, Rangdhol RV, Dany A, Paulose S. Coalition of attitude and practice behaviors among dental practitioners regarding pregnant patient's oral health and pregnant patient's perception toward oral health in and around Pondicherry. *J Pharm Bioallied Sci.* août 2015;7(Suppl 2):S509-12.
52. Abdi K, Sadi N, Bekhti Z. Profil clinique et épidémiologique des maladies parodontales chez la femme enceinte au niveau du service de parodontologie du CHU de Tlemcen. 2016 juin.
53. Eigbobo J, Umanah A. Perception of graduating medical students on child and maternal oral health in a selected tertiary institution in the southern part of Nigeria. *Niger Q J Hosp Med.* 2013 juin;23(2):99-104.
54. Agbor A, Azodo C. La main d'œuvre de la santé bucco-dentaire au Cameroun; le passé, le présent et l'avenir. *African Journal of Dentistry & Implantology.* 2015;12:10-22.
55. Effectifs en termes de médecins spécialistes au Cameroun. Disponible sur : <http://cm-minsante-drh.com/site/index.php/tendances-sur-les-rhs/le-minsante-3/383-effectifs-en-terme-de-medecins-specialistes-au-cameroun>
56. Essi M-J, Djanga E, Amazia H, Montié M, Nkolo J-N, Zobo L et al. Prévention de la Transmission des Hépatites Virales B & C en Cabinet Dentaire À Yaoundé. *Health Sci Dis.* 2018 août;19(3):39-44.
57. Dupuy T. La prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte par les chirurgiens-dentistes. 2019;84.
58. Caspar A. Prise en charge des femmes enceintes par les Chirurgiens-Dentistes : étude des pratiques professionnelles [Thèse de médecine]. Université grenoble alpes u.f.r. de médecine de Grenoble 2016:49 pages.
59. Lee RS-Y, Milgrom P, Huebner C, Conrad D. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2010 sept;20(5):359-65.
60. Subtil L. Prévention et prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : enquête auprès de professionnels de santé et des femmes enceintes dans la région Rhône Alpes. 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Clairance éthique de la FMSB

Annexe 2 : Autorisation de recherche du Centre Hospitalier Universitaire

REPUBLIQUE DUCAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



YAOUNDE

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE
YAOUNDE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Tél. : 22 31 25 66 Fax 22 31 25 67

Site web : www.chu-yaounde.org

DIRECTION GENERALE

CELLULE D'APPUI PEDAGOGIQUE, DE LA
RECHERCHE ET DE LA COOPERATION

BUREAU DE LA CAPRC

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

N° 1223/AR/CHUY/DG/DGA/CAPRC

AUTORISATION DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction d'une thèse, en vue de l'obtention d'un doctorat en médecine buccodentaire, Madame PETIPA NGA Orly est autorisée à mener des travaux de recherche au CHUY sur le thème : « EVALUATION DES COMPETENCES DE SANTE DES MEDECINS BUCCODENTAIRES DE YAOUNDE VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS BUCCODENTAIRES CHEZ LA FEMME ENCEINTE »

Ces travaux se dérouleront dans le service d'odontostomatologie sous la supervision du chef de service.

Toutefois, elle devra obligatoirement déposer un exemplaire de sa thèse au CHUY (bureau de la CAPRC).

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-

COPIE :

- CAPRC
- BSF
- SUPERVISEUR
- CHRONO

Yaoundé, le 05 MARS 2020

LE DIRECTEUR GENERAL



P. Arthur Essomba

Annexe 3 : Autorisation de recherche de l'Hôpital central de Yaoundé

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie ----- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ----- SECRETARIAT GENERAL ----- DIRECTION DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE -----</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland ----- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ----- SECRETARIAT GENERAL ----- DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL -----</p>
<p>N° <u>219</u> /AR/MINSANTE/SG/DHCY</p>	<p>Yaoundé, le <u>02 MAR. 2020</u></p>	
<h3><u>AUTORISATION DE RECHERCHE</u></h3>		
<p>Je soussigné, Professeur Pierre Joseph FOU DA, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une autorisation de recherche, sous la direction du <i>Professeur ESSI Marie-José</i> et la codirection du <i>Professeur MVE KOH Valère Salomon</i> et des <i>Docteurs MATOUPOM Reine et EWO Clément</i>, à M./Mme PETIPA NGA Orly, étudiant(e) en 7^e année de Médecine Bucco-dentaire, à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, sur le thème: «Evaluation des compétences de santé des médecins buccodentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge des affections buccodentaires chez la femme enceinte».</p>		
<p>Un exemplaire de ladite thèse sera déposé à la Direction de l'Hôpital Central de Yaoundé, sous la responsabilité de l'Université de Yaoundé I.</p>		
<p>Le règlement intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé est d'application stricte et rigoureuse, et son respect s'impose à tous.</p>		
<p>En foi de quoi, la présente autorisation est délivrée à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit. /-</p>		
<p>Le Directeur,</p>		
 <p>P. Pierre Joseph FOU DA</p>		

Annexe 4 : Autorisation de recherche de l'Hôpital Jamot de Yaoundé

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix -Travail-Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

HOPITAL JAMOT DE YAOUNDE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARY

YAOUNDE JAMOT'S HOSPITAL

N° **000269** /L/MINSANTE/SG/DHJY

Yaoundé, le **21 FEV 2020**

**Le Directeur,
The Director**

A/To

**Monsieur PETIPA NGA Orly
Etudiant Doctorant Médecine Buccodentaires
UYI/FMSB**

Objet/Subject : **Votre autorisation de recrutement**

Monsieur,

Nous vous informons que votre autorisation de recrutement en vue de la rédaction d'une thèse de fin d'étude sur le thème : «**Evaluation des compétences de santé des Médecins Buccodentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte**» a obtenu notre avis favorable.

Vous êtes prié de prendre attache avec Monsieur le Conseiller Médical qui vous introduira dans les services concernés.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

LE DIRECTEUR



Mballa II, B.P. 4 021 Mballa II, Yaoundé – Cameroun
Tél: 00 (237) 222 20 31 65 – 222 21 52 26 – 222 20 43 90

Site Web: www.hopjamotyde.org
Fax: 00 (237) 222 20 31 65

Annexe 6 : Autorisation de recherche de l'hôpital de district de Biyem Assi

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

 Paix –Travail – Patrie

 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

 DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

 DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-ASSI

 HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI

 BP : 31 350 Ydé .Tél./Fax 22.31.64.05



REPUBLIC OF CAMEROON

 Peace-Work-Fatherland

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

 CENTER REGIONAL DELEGATION

 BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT

 BIYEM-ASSI DISTRICT HOSPITAL

 E-mail:hopital_biyemassi@yahoo.fr

N° 213 /AR/MINSANTE/DRSPC/DSBA/HDBA.

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital de District de Biyem-Assi à Yaoundé soussigné, donne autorisation de recherche à PETIPA NGA Orly, étudiante de 7^{ème} année à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, dont l'étude porte sur : « *Evaluation des compétences de santé des médecins buccodentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte* »

En foi de quoi la présente autorisation est établie et lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé, le 24 FEB 2020

Le Directeur

 Dr Daniel Ekoua
 Médecin - Cardiologue

Annexe 7 : Autorisation de recherche de l'hôpital de district d'Efoulan

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

PETIPA NGA Orly

Tel : 691 01 91 81

Email : orlypetipa0@gmail.com

FMSB-UY1

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

Yaoundé le 06 février 2020



Dr. Mohammed Jueme
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Directeur AN FEM II AN

A

Monsieur le Directeur de l'Hôpital de District
d'Efoulan

Objet : Demande d'autorisation de recherche.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute personnalité solliciter une autorisation pour recruter les personnels de la santé bucco-dentaire dans le cadre de mon étude qui sera menée dans la formation sanitaire que vous dirigez.

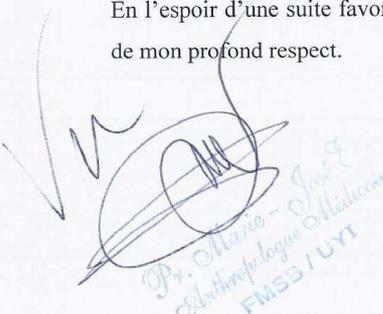
En effet, dans le cadre des travaux de ma thèse de fin d'études médicales qui s'intitule : « **Evaluation des compétences de santé des médecins buccodentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte** », dirigée par Pr ESSI Marie-José, le Pr MVE KOH Valère et le Dr MATOUPOM Reine. Je souhaite recruter dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital dont vous avez la charge les professionnels de la santé bucco-dentaire qui rempliraient les critères d'inclusion.

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

Pièce jointe : protocole de recherche.

Dr. MVE KOH Valère
Gynécologue-Ostétricien
S/S. Sub. Procréation Médicalement Assistée

Annexe 8 : Autorisation de recherche du cabinet dentaire Djoungolo

REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix – Travail – Patrie</i> *****		REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace – Work – Fatherland</i> *****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR *****		MINISTRY OF HIGHER EDUCATION *****
UNIVERSITE DE YAOUNDE I *****		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I *****
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES		FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE		DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH
PETIPA NGA Orly Tel : 691 01 91 81 Email : orlypetipa0@gmail.com FMSB-UY1		Yaoundé le 04 février 2020
A		
Monsieur le Directeur du Cabinet dentaire Djoungolo		
<p>Objet : Autorisation de recherche.</p> <p>Monsieur,</p> <p>J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation pour recruter les professionnels de la santé bucco-dentaires dans le cadre de mon étude qui sera menée dans la formation hospitalière que vous dirigez.</p> <p>En effet, dans le cadre des travaux de ma thèse de fin d'études médicales qui s'intitule : « Evaluation des compétences de santé des médecins buccodentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte », dirigée par Pr ESSI Marie-José, le Pr MVE KOH Valère et le Dr MATOUPOM Reine. Je souhaite recruter dans le service d'odontostomatologie de l'hôpital dont vous avez la charge les professionnels de la santé qui rempliraient les critères d'inclusion.</p> <p>En l'espoir d'une suite favorable, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mon profond respect.</p>		
 <i>Dr. Marie-José Essi</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>FMSB / UY1</i>		 Dr. Serge Iko Alangana Chirurgien Dentiste CES Maxillo-Faciale ONCDC N° 290, Tél. 691085870
1		

Annexe 9 : Autorisation de recherche du centre médical le jourdainYaoundé, le **25 FEB 2020**

N°007/2020/JMS/AD/ SRH

AUTORISATION DE RECHERCHES

Je soussigné, **Dr MBARGA MVONDO Henri**, Promoteur du Centre Médical le Jourdain /Jordan Medical Services,

autorise **M. PETIPA NGA Orly**, Etudiant en 7^{ème} année de Médecine Bucco-dentaire à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, à effectuer une recherche d'une durée d'une (01) semaine au Service Odontostomatologie de notre Centre ; la période allant du **02 au 06 mars 2020**.

**Le Promoteur**

Dr. Mbarga Mvondo Henri

Annexe 10 : Fiche d'information

Thème : Evaluation des Compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte.

But de l'étude : évaluer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte.

Site de l'étude : cabinets dentaires publics, privés et confessionnels de Yaoundé.

Durée de l'étude : 5mois, de Janvier à Mai 2020.

Avantages : Les résultats obtenues nous permettrons de renforcer les capacités des praticiens vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte afin de minimiser les risques et établir un protocole national de prise en charge.

Coût : Cette étude ne vous coûtera rien, et aucune motivation matérielle, ni financière ne vous sera fournie pour vous encourager à participer.

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

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

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

1. Directeur : Pr ESSI Marie-José E-mail : mariejoseessi@yahoo.fr
2. Investigateur : PETIPA NGA Orly étudiant en 7^e année de médecine bucco-dentaire FMSB. Tél : 691 01 91 81 ; E-mail : orlypetipa0@gmail.com

Annexe 11 : Formulaire de consentement éclairé**Thème : Evaluation des Compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte.**

Je soussigné (e),

Dr / Dre. _____ certifie avoir été contacté par l'étudiant en médecine bucco-dentaire PETIPA NGA Orly. Celui-ci m'a proposé de participer à cette étude dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine bucco-dentaire.

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

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

Volontaire

Investigateur principal

Yaoundé, Le ____ / ____ / 2020

Annexe 12 : Fiche technique

Thème : Evaluation des Compétences de santé des médecins bucco-dentaires de Yaoundé vis-à-vis de la prise en charge de la femme enceinte

Numéro du questionnaire :

Date de l'entretien : ---/---/2020

Hôpital/Cabinet dentaire :

SECTION 0 : DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES			
N°	Questions	Propositions	N° Réponse
1	Quel est votre sexe ?	1. Féminin 2. Masculin	
2	Quel est votre âge ?	.....
3	Quelle est votre qualification ?	1.Médecin bucco-dentaire omnipraticien 2.Médecin bucco-dentaire spécialiste	
4	Durée d'exercice	1. < 5 ans 2. 5 – 10 ans 3. 10 – 20 ans 4. > 20 ans	
5	Pays de formation	1. National 2. Etranger	
6	Durée de formation	1. 5 ans 2. 6 ans 3. 7 ans 4. > 7 ans	
7	Vous exercez	1.En cabinet Privé 2.En milieu hospitalier public 3.En milieu hospitalier confessionnel	
SECTION I : CONNAISSANCES			
8	Avez-vous reçu des enseignements sur la PEC des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte lors de vos études ? (Formation initiale)	1. Oui 2. Non	
9	Avez-vous suivi une formation continue sur la PEC des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?	1. Oui 2. Non	
10	Si OUI, par quel moyen ?	1.Enseignement post universitaire 2.Revues scientifiques 3.Séminaires / Congrès 4.Sites web 5.Autres :	
11	Lors de la grossesse une infection bucco-dentaire représente-t-elle un risque ?	1.Oui 2.Non	
12	Si OUI quels sont ces risques ? (Plusieurs réponses possibles)	1.Chorioamniotite 2.Prééclampsie 3.Menace d'accouchement prématuré 4.Hémorragie de la délivrance 5.Naissance d'un enfant prématuré de petit poids 6.Autres :	
13	Selon vous quels sont les risques que la radiographie dentaire peut présenter pendant la grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)	1.Un risque de fausse couche 2.Un risque de malformation fœtale 3.Aucun risque car la dose d'irradiation est trop faible 4.Aucun risque uniquement si un tablier de plomb y est associé 5.Vous n'avez aucun élément de réponse à la question	
14	Selon vous l'anesthésie bucco-dentaire représente-t-elle un risque pendant la grossesse ?	1.Oui 2.Non 3.Uniquement si elle est associée à un vasoconstricteur	
15	Si OUI, quel est ce risque ? (Plusieurs réponses possibles)	1.Toxicité fœtale 2.Menace d'accouchement prématuré 3.Modification du flux sanguin maternel et donc de souffrance fœtale 4.Malaise 5.Contraction utérine déclenchée par le vasoconstricteur 6.Autre.....	
16	Quelles sont les manifestations bucco-dentaires les plus fréquentes pendant la grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)	1.Risque carieux plus important 2.Saignements gingivaux spontanés 3.Fractures dentaires plus fréquentes 4.Sensibilité dentaire au chaud et au froid 5.Aphtes plus fréquents 6.Gingivite gravidique 7.Epulis gravidique 8.Parodontites	

17	A propos des antalgiques : (Plusieurs réponses possibles)	1. Les corticoïdes peuvent présenter un risque tératogène 2. Les corticoïdes peuvent être prescrits quel que soit l'âge de la grossesse. 3. Les AINS sont contre indiqués pendant la grossesse 4. La codéine est contre indiquée au premier et au dernier trimestre 5. La morphine peut être prescrite quel que soit l'âge de la grossesse	
18	A propos de antibiotiques (Plusieurs réponses possibles)	1. Les antibiotiques sont utilisables tout au long de la grossesse 2. Certains antibiotiques sont potentiellement dangereux 3. Les sulfamides peuvent être prescrits quel que soit l'âge de la grossesse 4. Les pénicillines peuvent être prescrits quel que soit l'âge de la grossesse 5. Les Cyclines peuvent être prescrits quel que soit l'âge de la grossesse	
SECTION II : ATTITUDES			
19	Dans votre cabinet dentaire vous prenez en charge des femmes enceintes	1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Jamais	
20	Si « rarement » ou « jamais » pour quelles raisons ?	1. Elles ne viennent pas consulter dans votre cabinet 2. Vous ne souhaitez pas les prendre en charge par appréhension et peur d'éventuelles complications suite aux soins 3. Vous ne souhaitez pas les prendre en charge par manque de connaissances à ce sujet 4. Autre :	
21	En moyenne vous recevez combien de femmes enceintes dans votre cabinet par TRIMESTRE ?	1.0 2. [1-5] 3. [6-10] 4. >10	
22	Selon vous, est-il possible de réaliser des soins dentaires quel que soit l'âge de la grossesse ?	1. Oui 2. Non 3. Seulement en cas d'urgence	
23	Que ressentez-vous devant une patiente qui vous consulte pour Affection bucco-dentaire en grossesse ?	1. Incompétence (par manque de connaissance et de pratique) 2. Confiance (vous maîtrisez le sujet) 3. Doute (vous n'êtes pas sûr de votre prise en charge) 4. Indifférent 4. Autre,	
24	Comment réagissez-vous face à une patiente enceinte souffrant d'une affection bucco-dentaire ?	1. Vous prenez personnellement en charge ce cas 2. Vous suivez la malade deux fois plus que dans une autre pathologie 3. Comme toute autre pathologie 4. Vous réferez 5. Autre,	
25	Votre attitude dépend -elle de la présence d'une grande structure sanitaire non loin de votre structure ?	1. Oui 2. Non	
26	Si oui,	1. Vous referez d'emblée 2. Prise en charge initiale suivie de la référence 3. Prise en charge d'emblée 4. Autre,	
27	En cas d'incapacité, vers quels spécialistes adressez-vous vos patientes ?	1. Confrère plus expérimenté 2. Gynécologue 3. Parodontologiste 4. Autres,	
28	Que pensez-vous de la collaboration qui existe entre les gynécologues-obstétriciens et médecins bucco-dentaires ?	1. Inexistante 2. Satisfaisante 3. À améliorer	
SECTION III : PRATIQUES			
29	Quand vous prenez en charge une femme enceinte, pour quel motif de consultation la recevez-vous ?	A-Urgence : B-Soins de routine : C-Bilan bucco-dentaire : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Jamais	A ___ B ___ C ___
30	Quels sont les motifs de consultations les plus fréquents ? (Plusieurs réponses possibles)	1. Pour bilan bucco-dentaire adressé par un médecin/gynécologue 2. Pour auto bilan bucco-dentaire 3. Douleur dentaire 4. Raison parodontale 5. Raison prothétique 6. Autres.....	

31	Conseillez-vous à vos patientes d'effectuer un suivi bucco-dentaire lors de leur grossesse ?	1.Oui 2.Non	_____
32	Informez-vous systématiquement vos patientes des éventuelles conséquences buccales de la grossesse ?	1.Oui 2.Non	_____
33	Quels conseils donnez-vous aux patientes consultant pour affection bucco-dentaire en grossesse ? (Maximum 5 réponses)	1.Brossage biquotidien 2.Eviter le grignotage et je garde une alimentation équilibrée 3.Eviter de se brosser les dents 4.Immédiatement après l'épisode de vomissements. 5.Bain de bouche antiseptique 6.Rinçage de la bouche à l'eau ou au bicarbonate de sodium après vomissement 7.Visite trimestrielle chez le médecin bucco-dentaire 8.Application de fluor pour prévention des caries 9.Traitement des caries 10.Détartrage	_____
34	Conseillez-vous la supplémentation en fluor pendant la grossesse pour consolider l'émail dentaire de l'enfant ?	1. Oui 2. Non	_____
35	Si NON pour quelles raisons ?	1.Risque de surdosage en fluor 2. Ce n' est plus recommandée 3.Pas de bénéfice entre la patiente et le fœtus 4.L' apport alimentaire est suffisant 5.Autre :	_____
36	Afin d'éviter le syndrome cave, quelles précautions prenez-vous avec les Patientes ? (Plusieurs choix possibles) Le syndrome cave est un état de malaise, il dépend de la position maternelle et peut Survenir dès la 24ème semaine d'aménorrhée (SA). En décubitus dorsal, l'utérus Gravidé vient comprimer la veine cave inférieure, ce qui peut induire une réduction du retour veineux et de ce fait, du volume d'éjection systolique entraînant une hypotension maternelle, une diminution de la perfusion utero-placentaire, qui a son tour peut entraîner un ralentissement du rythme cardiaque fœtal.	1. Je les installe en position semi-assise dès le 2ème trimestre 2. Je les installe en les allongeant moins que les patients habituels 3. Je les installe en position semi-assise avec appui sur le côté gauche 4. Je les installe sans précaution particulière 5. Je réalise des actes courts avec des pauses régulières 6. Autre :	_____

Cochez la case correspondante !

37	Dans votre pratique, à quelle fréquence effectuez-vous ces soins chez la femme enceinte ?			
	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Détartrage				
Radiographie				
Extraction				
Traitement endodontique				
Prothèse dentaire				
Anesthésie locale : avec vasoconstricteur				
Anesthésie locale : sans vasoconstricteur				
38	Vous arrive-t-il de prescrire les antalgiques et anti-inflammatoires suivants à vos patientes enceintes ?			
	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Paracétamol				
Acide acétylsalicylique				
Ibuprofène				
Dérivés codéinés				
Corticoïdes				
39	Vous arrive-t-il de prescrire les antibiotiques suivants à vos patientes enceintes ?			
	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Amoxicilline				
Amoxicilline + acide clavulanique				
Tétracyclines				
Métronidazole + Spiramycine				
Clindamycine				
Pristinamycine				

40	A quelle période effectuez-vous ces soins chez la femme enceinte ? (Choix multiples)				
	1er Trim	2ème Trim	3ème Trim	N'importe quand pendant la grossesse	Post-partum uniquement
Motivation à l'hygiène bucco-dentaire					
Détartrage					
Surfaçage					
Restauration coronaire					
Chirurgie parodontale					
Prothèse amovible					
Prothèse fixe					
Pose d'une contention					
Drainage d'un abcès					
Radiographie					
Extraction dentaire					
Traitement endodontique					
Anesthésie locale : avec vasoconstricteur					
Anesthésie locale : sans vasoconstricteur					
41	En cas d'urgence, à quelle période la prenez-vous en charge pour ces soins ? (Choix multiples)				
	1er Trim	2ème Trim	3ème Trim	N'importe quand pendant la grossesse	Post-partum uniquement
Radiographie					
Extraction dentaire					
Drainage d'un abcès					
Traitement endodontique					
Chirurgie parodontale					
Anesthésie locale : avec vasoconstricteur					
Anesthésie locale : sans vasoconstricteur					
Que pensez-vous que le MINSANTE puisse faire pour améliorer vos performances concernant la prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?	_____				
Que pensez-vous que votre structure hospitalière puisse faire pour améliorer vos performances ?	_____				
Que pensez-vous pouvoir faire pour améliorer votre prise en charge des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte ?	_____				
Pensez-vous être suffisamment informé sur la prise en charge des femmes enceintes ?	Oui Non				
Seriez-vous intéressé(e) par une réactualisation de vos connaissances à ce sujet ?	Oui Non				
Seriez-vous intéressé par la mise sur pied d'une politique nationale de PEC de la femme enceinte ?	Oui Non				

Annexe 13 : Périodes de réalisations des soins

Tableau XVIII : Soins bucco-dentaires par périodes chez la femme enceinte

Soins de routine(n=111)	1er Trim.	2ème Trim.	3ème Trim.	Tout âge de grossesse	Post-partum uniquement
EHO	18,0%	5,4%	4,5%	85,6%	0,9%
Détartrage	10,8%	25,2%	2,7%	64,9%	3,6%
Surfaçage	8,1%	28,8%	1,8%	48,6%	18,0%
Restauration coronaire	9,9%	18,9%	5,4%	64,0%	9,0%
Chirurgie parodontale	2,7%	21,6%	0,0%	4,5%	73,9%
Prothèse amovible	3,6%	6,3%	1,8%	57,7%	36,0%
Prothèse fixe	1,8%	8,1%	0,9%	26,1%	64,9%
Contention dentaire	4,5%	12,6%	1,8%	43,2%	41,4%
Drainage d'abcès	6,3%	17,1%	2,7%	66,7%	10,8%
Radiographie	7,2%	25,2%	7,2%	20,7%	52,3%
Extraction dentaire simple	10,8%	53,2%	7,2%	24,3%	16,2%
Traitement endodontique	11,7%	29,7%	7,2%	49,5%	11,7%
Anesthésie locale avec vasoconstricteur	5,4%	27,0%	4,5%	26,1%	42,3%
Anesthésie locale sans vasoconstricteur	11,7%	20,7%	7,2%	63,1%	9,9%
Soins en urgence(n=111)	1er Trim.	2ème Trim.	3ème Trim.	Tout âge de grossesse	Post-partum uniquement
Radiographie	7,2%	36,9%	9,9%	27,0%	28,8%
Extraction dentaire simple	15,3%	52,3%	11,7%	30,6%	8,1%
Drainage d'abcès	9,0%	29,7%	7,2%	54,1%	13,5%
Traitement endodontique	9,9%	30,6%	8,1%	53,2%	11,7%
Chirurgie parodontale	6,3%	32,4%	4,5%	13,5%	48,6%
Anesthésie locale avec vasoconstricteur	7,2%	27,0%	6,3%	27,9%	38,7%
Anesthésie locale sans vasoconstricteur	15,3%	24,3%	12,6%	54,1%	13,5%
Radiographie	7,2%	36,9%	9,9%	27,0%	28,8%
Extraction dentaire simple	15,3%	52,3%	11,7%	30,6%	8,1%

Annexe 14 : Fréquence de réalisations des soins

Tableau XIX : Fréquence de réalisation des soins bucco-dentaires chez la femme enceinte

Soins(n=111)	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Détartrage	3,6%	9,0%	27,0%	60,4%
Radiographie	37,8%	47,7%	9,9%	4,5%
Extraction	6,3%	30,6%	37,8%	25,2%
Traitement endodontique	6,3%	22,5%	23,4%	47,7%
Prothèse dentaire	36,0%	39,6%	11,7%	12,6%
Anesthésie locale : Avec vasoconstricteur	28,8%	28,8%	19,8%	22,5%
Anesthésie locale : Sans vasoconstricteur	7,2%	8,1%	35,1%	49,5%

