

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

Evaluation de la perception du chirurgien dentiste par les enfants de Yaoundé

Thèse rédigée en vue de l'obtention du doctorat en médecine bucco-dentaire par :

NGA EBODE Annie Tatiana

Mat N°15M214



Directeur

Pr ESSI Marie-José
Professeure titulaire
Anthropologie médicale

Co-directeur

Dr LOWE Michèle
Assistante
Odontologie pédiatrique

Année académique 2021-2022

PRELIMINAIRES

TABLE DE MATIERES

PRELIMINAIRES	i
TABLE DE MATIERES	ii
DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vii
SERMENT D'HIPPOCRATE	xiv
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES FIGURES	xvi
LISTE DES ANNEXES	xvii
LISTE DES ABREVIATIONS.....	xviii
RESUME	xix
ABSTRACT.....	xxi
INTRODUCTION.....	1
Chapitre I : PROBLEMATIQUE.....	3
1-JUSTIFICATION	4
2 – QUESTION DE RECHERCHE	4
3- HYPOTHESE	4
4 - OBJECTIFS	4
5- CADRE CONCEPTUEL	4
6 – INTERET DE LA RECHERCHE	6
7 – CADRE THEORIQUE.....	6
Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
1. Rappel des connaissances	8
2. Etat de la question	18
Chapitre III : METHODOLOGIE.....	25
1 – TYPE D'ETUDE.....	26
2 – SITE.....	26
3- DUREE DE L'ETUDE	26
4- POPULATION D'ETUDE	26
5– OUTIL DE COLLECTE	26
6– PROCEDURE	27

7 – ANALYSE DES DONNEES	28
Chapitre IV : RESULTATS.....	29
I. RECRUTEMENT	30
II. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	30
III. CONNAISSANCES	31
IV. ATTITUDES	33
V. PRATIQUES	36
VI. PERCEPTION DU CHIRURGIEN DENTISTE	38
Chapitre V : DISCUSSION.....	40
I. LIMITES DE L’ETUDE.....	41
II. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE.....	41
III. CONNAISSANCES	42
IV. ATTITUDES	44
V. PRATIQUES	46
VI. PERCEPTION GLOBALE	48
CONCLUSION	49
RECOMMANDATIONS.....	51
REFERENCES.....	53
ANNEXES	xxvi

DEDICACE

A deux grandes dames chéries :

Ma Maman Louise ABENE NDJOMO

&

Ma Sœur Ingrid Laure LESSOMO.

Merci pour tout !

REMERCIEMENTS

Au Seigneur Dieu Tout-Puissant dont l'amour infaillible veille sur notre vie et nous accompagne tout au long du chemin.

Nous tenons à saisir cette occasion pour adresser nos profonds remerciements et notre reconnaissance :

Au Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé et à son staff administratif et enseignant, pour la formation reçue et le suivi pédagogique ;

Au Professeur ESSI Marie-José qui a bien voulu diriger ce travail et sans qui l'aboutissement de ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour sa disponibilité, sa générosité et sa rigueur scientifique. Avec l'espoir que ce travail soit à la hauteur de ses attentes, qu'elle trouve ici le témoignage de notre haute considération, notre sincère reconnaissance et notre profond respect ;

À notre Maître et co-directeur de thèse : le Dr LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle pour le privilège de vos critiques constructives et la patience face à nos imperfections de jeune chercheur. Soyez rassuré cher Maître, de notre profonde gratitude ;

À notre Maître et Coordonnateur de la filière Médecine Bucco-Dentaire de la FMSB : le Professeur BENGONDO MESSANGA Charles, merci pour tout ce que vous avez fait durant tout notre cursus pour faire de nous des professionnels fiers, vous êtes allé au-delà d'un enseignant, pour être un guide, un encadreur et un parent pour les étudiants que nous sommes ;

À tous les directeurs d'écoles et d'hôpitaux rencontrés, merci pour vos différents accords qui ont permis d'effectuer ce travail dans vos différentes structures, pour l'intérêt que vous portez aux travaux de recherche en nous autorisant d'effectuer cette étude dans les formations dont vous avez la charge ;

À tous les parents ayant donné leurs autorisations et les enfants qui ont participé de à ce travail, merci de votre disponibilité. Sans vous, ce travail empirique serait réduit à néant ;

À mes neveux : EDZOGO ABADA Dorian et ABENG Louise pour la joie immense et la chaleur générée dans mon cœur ;

À nos aînés académiques, les Docteurs : Petipa Orly, Bebom Jean- Louis, Ndengue Justine, Betkeu Nathalie, Ngoulma René, pour vos conseils et encouragements.

À mon bien aimé Penda Samuel pour l'amour inconditionnel, 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 tu as été l'un des maillons essentiels ; puisses tu trouver dans ce travail la quintessence de l'amour que je te porte ;

À mes amis : Paloma, Stefanelle, Raïssa, Dine, Rousslana, Noelle, Inès, Karen, Emilie, Flora, Isidore, Gael, Ismaël, Van, Charles, Yvan, Elisée, Elodie, Vanessa et à tous ceux ou celles qui nous sont chers et que nous avons omis involontairement de citer, trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude ;

À nos compagnons de thèse : Paule-marie, Michael, Gymkey, Estelle, Ted, Arthur, Nous avons formé en quelques mois une famille. Merci pour ces partages de bonne humeur. Nous avons traversé tellement d'épreuves en si peu de temps. Nous n'aurions pas pu former une meilleure équipe. Cette expérience nous restera gravée à tout jamais et cela grâce à vous ;

À mes camarades de promotion toutes filières confondues, vos encouragements ne nous ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir à des nuits blanches passées ensemble ;

À tous les membres de C.E.H en particulier Abada Stéphanie pour le soutien, la prière, l'amour, la bonne humeur ;

À tous les membres du RCCA de Yaoundé merci pour le soutien, les encouragements et la prière

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

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

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

Vice-Doyen chargé de la 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

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr NSEME ETOUCKEY Éric

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Mr MEKA Gaston

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 RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr ESSAME OYONO Jean Louis

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

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

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr 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

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
01	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
02	ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologie
03	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
04	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
05	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
06	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
07	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
08	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
09	BAHEBECK Jean	MC	Chirurgie Orthopédique
10	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
11	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
12	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
15	HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
16	OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
17	PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale
18	BANG GUY Aristide	MA	Chirurgie Générale
19	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
20	JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
21	NGO YAMBEN Marie Ange	MA	Chirurgie Orthopédique
22	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
23	AMENGLÉ Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
24	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
25	TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
26	BELLO FIGUIM	AS	Neurochirurgie
27	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	AS	Neurochirurgie
28	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	AS	Chirurgie Générale
29	FONKOUÉ Loïc	AS	Chirurgie Orthopédique
30	IROUME Cristella R. ép.NTYO'O N.	AS	Anesthésie-Réanimation
31	KONA NGONDO François Stéphan	AS	Anesthésie-Réanimation
32	MBOUCHE Landry Oriole	AS	Urologie
33	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	AS	Urologie
34	MULUEM Olivier Kennedy	AS	Orthopédie-Traumatologie
35	NWAHA MAKON Axel Stéphan	AS	Urologie
36	NDIKONTAR KWANJI Raymond	AS	Anesthésie-Réanimation
37	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge R.	AS	Anesthésie-Réanimation
38	NYANIT BOB Dorcas	AS	Chirurgie Pédiatrique
39	SAVOM Eric Patrick	AS	Chirurgie Générale
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
40	NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
41	AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
42	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie

43	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
44	KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
45	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
46	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
47	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	MI/ Hépatogastro-Entéro.
48	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
49	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
50	NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
51	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
52	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
53	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
54	ANKOUANE ANDOULO	MCA	MI/ Hépatogastro-Entéro.
55	BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
56	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
57	KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
58	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
59	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
60	KOWO Mathurin Pierre	MA	MI/ Hépatogastro-Entéro.
61	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
62	BOOMBHI Jérôme	MA	Médecine Interne/Cardiologie
63	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane C.	MA	Médecine Interne/Cardiologie
64	NGANOU Chris Nadège	MA	Médecine Interne/Cardiologie
65	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	cc	Médecine Interne/Psychiatrie
66	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
67	ZE Jean Jacques	CC	Médecine Interne/Pneumologie
68	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
69	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	AS	MI/Cancérologie Médicale
70	DEHAYEM YEFOU Mesmin	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
71	ESSON MAPOKO Berthe ép. PAAMBOG	AS	Médecine Interne/Oncologie Médicale
72	FOJO TALONGONG Baudelaire	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
73	MAÏMOUNA MAHAMAT	AS	Néphrologie
74	MASSONGO MASSONGO	AS	Médecine Interne/Pneumologie
75	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	AS	Médecine Interne/Neurologie
76	MENDANE MEKOBÉ F. ép. EKOBEA	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
77	MINTOM MEDJO Pierre Didier	AS	Médecine Interne/Cardiologie
78	NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	AS	Médecine Interne/Gastroentérologie
79	NDOBO ép. KOE Juliette Valérie Danielle	AS	Médecine Interne/Cardiologie
80	NGAH KOMO Elisabeth	AS	Médecine Interne/Pneumologie
81	NGARKA Léonard	AS	Médecine Interne/Neurologie
82	NKORO OMBEDE Grâce Anita	AS	Médecine Interne/Dermatologie
83	NTSAMA ESSOMBA M.Josiane EBODE	AS	Médecine Interne/Gériatrie
84	OLEMBE MAGA Hélène Josiane	AS	Psychiatrie
85	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	AS	MI/Cardiologie Interventionnelle

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

86	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
87	MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
88	NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
89	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
90	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
91	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
92	MBEDE Maggy ép. ENDEGUE MANGA	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
93	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	AS	Radiothérapie

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

94	KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
95	BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
96	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
97	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
98	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
99	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
100	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
101	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
102	FOUEDJIO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
103	KEMFANG NGOWA J.D.	MCA	Gynécologie Obstétrique
104	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
105	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MCA	Gynécologie Obstétrique
106	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
107	BELINGA Etienne	MA	Gynécologie Obstétrique
108	ESSIBEN Félix	MA	Gynécologie Obstétrique
109	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
110	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	AS	Gynécologie Obstétrique
111	MENDOUA Michèle Florence ép. NKODO	AS	Gynécologie Obstétrique
112	METOGO NTSAMA Junie Annick	AS	Gynécologie Obstétrique
113	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	AS	Gynécologie Obstétrique
114	NYADA Serge Robert	AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

115	DJOMOU François (CD)	MC	ORL
116	BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophtalmologie
117	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
118	NDJOLO Alexis	P	ORL
119	NJOCK Richard	P	ORL
120	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
121	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
122	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
123	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
124	ELLONG Augustin	MC	Ophtalmologie
125	ÉPÉE Émilienne	MC	Ophtalmologie
126	KAGMENI Gilles	MCA	Ophtalmologie
127	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
128	MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
129	NGABA Olive	CC	ORL
130	AKONO ZOUA ép. ETEME Marie Evodie	AS	Ophtalmologie
131	ANDJOCK NKOOU Yves Christian	AS	ORL
132	ASMAOU BOUBA Dalil	AS	ORL
133	ATANGA Léonel Christophe	AS	ORL-CCF
134	BOLA SIAFA Antoine	AS	ORL
135	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	AS	ORL-CCF
136	MOSSUS Yannick	AS	ORL-CCF
137	MVILONGO T. ép. BENGONO Caroline	AS	Ophtalmologie
138	NANFACK NGOUNE Chantal	AS	Ophtalmologie
139	NGO NYEKI Adèle-R. MOUAHA-BELL	AS	ORL-CCF
140	NOMO Arlette Francine	AS	Ophtalmologie

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

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

143	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
144	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
145	CHELO David	P	Pédiatrie
146	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
147	MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
148	MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
149	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
150	NGUEFACK épouse DONGMO Félicité	MCA	Pédiatrie
151	ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
152	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MA	Pédiatrie
153	NOUBI Nelly épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
154	EPEE épouse NGOUE Jeannette	AS	Pédiatrie
155	KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
156	MEGUIEZE Claude-Audrey	AS	Pédiatrie
157	MEKONE NKWELE Isabelle	AS	Pédiatre
158	TONY NENGOM Jocelyn	AS	Pédiatrie

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

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

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

176	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
177	ESSI Marie-José	P	Santé Publique/Anthropologie médicale
178	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
179	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
180	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
181	TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
182	BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique
183	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
184	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
185	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Santé Publique/ Promotion de la Santé
186	NJOUNEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
187	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Santé Publique/Pharmacie
188	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	AS	Santé Publique/Epidémiologie
189	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Epidémiologie Nutritionnelle
190	NGUIPDOP DJOMO Patrick	AS	Santé Publique/Epidémiologie

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

191	SANDO Zacharie (CD)	P	Anatomie Pathologie
192	ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
193	FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie
194	MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
195	AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
196	BISSOU MAHOP	CC	Médecine de Sport
197	KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
198	NSEME Eric	CC	Médecine légale
199	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	AS	Médecine Légale-Expertise

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

200	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Physiologie/Biologie Moléculaire
201	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
202	AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
203	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
204	GUEWO FOKENG Magellan	AS	Biochimie
205	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

206	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
207	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
208	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
209	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
210	EBELLA DALLE Ernest Remy Hervé	AS	Physiologie humaine

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

211	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
212	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
213	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE

214	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
215	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
216	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo-Faciale
217	GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
218	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	AS	Stomatologie et Chirurgie
219	LOWE NANTCHOUANG J. ABISSEGUE	AS	Odontologie Pédiatrique
220	Jules Julien NDJOH	AS	Chirurgien-Dentiste
221	MBEDE NGA MVONDO Rose	AS	Médecine Bucco-dentaire
222	MENGONG MONEBOULOU Hortense	AS	Odontologie Pédiatrique

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

223	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
224	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
225	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Chimie Générale
226	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
227	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

228	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
229	MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
230	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
231	TABI OMGBA	CC	Pharmacie

DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

232	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
-----	--------------------------	---	---------------------

233	MBOLE Jeanne Mauricette MVONDO M.	CC	Management & Contrôle Qualité
234	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
235	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

SERMENT D'HIPPOCRATE

DECLARATION DE GENEVE REVISEE EN 2017

*En qualité de membre de la profession médicale
je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de
l'humanité ;*

*je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma
priorité ;*

je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

*je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou
d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de
nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de
statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et
mon patient ;*

*je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort
de mon patient ;*

*j'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect
des bonnes pratiques médicales ;*

*je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession
médicale ;*

*je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes
étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;*

*je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et
pour les progrès des soins de santé ;*

*je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma
formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;*

*je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les
droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;*

je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Score des analyses des données CAP	28
Tableau II: Profil sociodémographique.....	30
Tableau III : Niveau de Connaissances sur la santé bucco-dentaire	31
Tableau IV : Niveau de connaissances du chirurgien dentiste.....	32
Tableau V: Perception de l'environnement dentaire	34
Tableau VI: Evaluation de la prise en charge.....	36
Tableau VII: Evaluation des impressions	38
Tableau VIII: Perception globales en fonction du profil sociodémographique.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de la problématique	5
Figure 2 : Schéma de Keys modifié par New brun.....	9
Figure 3 : Stades d'évolution de la carie.....	10
Figure 4 : Anomalie de position	12
Figure 5 : Pédodontiste réalisant un enseignement à l'HBD	16
Figure 6 : Salle d'attente d'un cabinet de pédodontiste.....	17
Figure 7 : Schéma du recrutement	30
Figure 8 : Distribution du niveau de connaissances	33
Figure 9 : Perception de l'empathie du dentiste	34
Figure 10 : Connaissance de L'instrumentalisation.....	35
Figure 11 : perception des prestations du chirurgien dentiste	35
Figure 12 : Distribution de la qualité des attitudes	36
Figure 13 : Retentissement émotionnel de la visite chez le dentiste	37
Figure 14 : Distribution de la qualité des pratiques.....	38

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Clairance éthique de la FMSB	xxvii
Annexe 2 : Demande d'autorisation.....	xxviii
Annexe 3 : Autorisation de recherche à l'Hôpital de District de Biyem-Assi	xxix
Annexe 4 : Autorisation de recherche à la clinique saint Hilaire.....	xxx
Annexe 5 : Autorisation de recherche à l'Ecole Publique de Bastos	xxxi
Annexe 6 : Autorisation de recherche au Complexe Scolaire Bilingue Thecla	xxxii
Annexe 7 : Autorisation de recherche au Complexe Scolaire Trilingue Tiama.....	xxxiii
Annexe 8 : Fiche d'information	xxxiv
Annexe 9 : Formulaire de consentement éclairé	xxxvi
Annexe10 : Questionnaire de recherche.....	xxxviii

LISTE DES ABREVIATIONS

BD :	Bucco-dentaire
CAP :	Connaissance Attitude et Pratique
CAT :	Conduite à Tenir
CIER :	Comité Institutionnel d’Ethique et de la Recherche
FMSB :	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
HBD :	Hygiène Bucco-Dentaire
OCE :	Odontologie Conservatrice et Endodontie
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONCDC :	Ordre National des Chirugiens-Dentistes du Cameroun

RESUME

CONTEXTE : La perception que les populations ont du chirurgien dentiste peut améliorer le déroulement des soins, en particulier chez les enfants. Plus elle est bonne, plus la qualité des soins sera meilleure, car elle s'appuie sur la prise en charge psychologique qui est un des fondements de l'odontologie pédiatrique.

OBJECTIF : Evaluer le ressenti des enfants de Yaoundé quant à l'image du professionnel de soin bucco-dentaire à travers une analyse de leur niveau de connaissances sur la santé bucco-dentaire, leurs attitudes vis-à-vis du prestataire et de décrire leurs pratiques qui en découlent.

METHODOLOGIE : Il s'est agi d'une étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) descriptive, réalisée à Yaoundé en milieu hospitalier (Hôpital de District de Biyem-Assi et Clinique Saint Hilaire) et en milieu scolaire (Ecole Publique de Bastos, Complexe Scolaire Thecla, Complexe Scolaire Tiama) sur une durée 9 mois du 17 septembre 2021 au 31 Mai 2022. La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire administré aux participants dont les parents avaient donné leur consentement, comportant 41. Le traitement de données a été réalisé grâce au logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS version 26.0. Le lien entre les variables a été évalué à l'aide du test de Khi carré avec une valeur $p < 0,05$ considérée comme significative.

RESULTATS : Au total 400 enfants recrutés, la sex-ratio était de 0,8 avec une population étudiée qui était très jeune soit 68,3% des interrogés avaient moins de 9 ans et la catégorie d'âge la plus représentée était celle comprise entre [7-9ans [. La quasi-totalité (90,8%) était de nationalité Camerounaise. Concernant le niveau de connaissances 61,5%, avaient un bon niveau de connaissance et 38,5% avaient un niveau moyen soit (56,1% et 43,9% pour le public) et (65,9% et 34,1% pour le privé). Ceci concernait la définition du Chirurgien dentiste (où 66,8% avaient une connaissance moyenne et 29% une bonne connaissance) et la connaissance des pathologies bucco-dentaire (86,1% relevaient de l'OCE, 10,8% de l'orthodontie et 3,3% de la parodontologie Malgré des représentations péjoratives telles : « Il pique fort » (25%) ; Il ne dit pas la vérité(13,8%) ; et il dévoile son vrai visage quand il travaille (5,2%), les attitudes étaient de bonne qualités et seulement 12% avaient des attitudes erronées (8,6 % pour le privé et 16,1% pour le public). En ce qui concerne les pratiques 49,8% des informateurs avaient des pratiques inadéquates (49,1% au privé et 50,6% au public). Ceci concernait les motifs de consultation (douleur 58%) les

comportements durant les soins où la peur et les pleurs étaient majoritaires (78,8%) ; et du retentissement émotionnel (51,4% étaient apeurés). Ainsi, la perception du chirurgien-dentiste par les jeunes scolaires à Yaoundé était bonne pour 46,5% et moyenne pour 52,5%. Cette perception était significative en fonction du secteur ($p=0$)

CONCLUSION : Quel que soit le secteur (scolaire privé ou public et hospitalier laïc et public), les enfants de Yaoundé avaient bonne perception vis-à-vis du chirurgien-dentiste. Toutefois, la fréquentation du chirurgien dentiste améliorait significativement la bonne image du professionnel auprès des enfants. Aussi devrait-on intensifier les consultations de routine et les campagnes scolaires pour familiariser les enfants avec les soins bucco-dentaires dès le bas-âge.

Mots clés : Chirurgien dentiste ; Perception ; Enfant ; Yaoundé.

ABSTRACT

Background: People's perception of the dental surgeon can improve the flow of care, especially in children. The better it is, the better the quality of care will be, because it is based on psychological care, which is one of the foundations of pediatric dentistry.

OBJECTIVE: Evaluate the feelings of children in Yaounde regarding the image of the oral care professional through an analysis of their level of knowledge on oral health, their attitudes towards the provider and describe their resulting practices.

METHODOLOGY: This was a descriptive KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) study, carried out in Yaounde in a hospital environment (Biyem-Assi District Hospital and Saint Hilaire Clinic) and in schools (Bastos Public School, Thecla School Complex, Tiama School Complex) over a period of 9 months from September 17, 2021 to May 31, 2022. Data collection was conducted using a questionnaire administered to participants whose parents had given their consent, whom were 41. The data processing was carried out using IBM-SPSS statistical analysis software version 26.0. The link between the variables was assessed using the square Khi test with a $p < 0.05$ value considered significant.

RESULTS: In total 400 children recruited, the sex ratio was 0.8 with a study population that was very young or 68.3% of respondents were under 9 years old and the most represented age category was between [7-9 years [. Almost all (90.8%) were Cameroonian nationals. Concerning the level of knowledge 61.5% had a good level of knowledge and 38.5% had an average level either (56.1% and 43.9% for the public) and (65.9% and 34.1% for the private). This concerned the definition of dental surgeon (where 66.8% had an average knowledge and 29% a good knowledge) and the knowledge of oral pathologies (86.1% were the responsibility of the OCE, 10.8% of orthodontics and 3.3% of periodontology Despite pejorative representations such as: "It stings hard" (25%); He does not tell the truth (13.8%); and he reveals his true face when he works (5.2%), the attitudes were of good qualities and only 12% had wrong attitudes (8.6% for the private sector and 16.1% for the public). Regarding practices, 49.8% of informants had inadequate practices (49.1% in the private sector and 50.6% in the public sector). This concerned the reasons for consultation (pain 58%) behaviors during care where fear and crying were the majority (78.8%); and emotional impact (51.4% were frightened). Thus, the perception of the dental surgeon by young schoolchildren in Yaoundé was good for 46.5% and average for 52.5%. This perception was significant by sector ($p=0$)

CONCLUSION: Whatever the sector (private or public school and hospital (private and public), the children of Yaoundé had a good perception of the dental surgeon. However, the attendance of the dental surgeon significantly improved the good image of the professional among children. Routine consultations and school campaigns should therefore be intensified to familiarize children with oral care from an early age.

Keywords: Dental surgeon; Perception ; Child; Yaounde.

INTRODUCTION

Le chirurgien dentiste est un professionnel de santé médical habilité à pratiquer l'odontologie, titulaire d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire ou médecine bucco-dentaire. Il assure la prévention, le diagnostic, et le traitement des anomalies et maladies congénitales ou acquises réelles ou supposées de la bouche des dents et des tissus dentaires. Les affections bucco-dentaires peuvent survenir à tout âge, nécessitent une prise en charge précoce en raison du retentissement physique, économique et social.

La peur du dentiste est une réalité quotidienne malgré l'avancée des techniques en odontologie et une meilleure prise en charge de la douleur, la crainte de l'adulte face aux soins dentaires débute pour la moitié des cas dans l'enfance et pourrait se partager des parents aux enfants, des frères aux sœurs ou encore entre copains de récréation à l'école. De ce fait, le chirurgien dentiste se trouve face à une grande responsabilité surtout lorsqu'il rencontre un jeune enfant, car c'est lors de la première consultation que se dessinera son avenir dentaire

Il est admis que les enfants aiment bien le chirurgien dentiste, en effet une étude menée en Arabie Saoudite en 2011 a relevé que 64% d'entre eux avaient aimé l'expérience de la première consultation bucco-dentaire, contre 11.6% dont 12% apeurés [1]. En Turquie en 2013, 76.5% préféraient le chirurgien dentiste qui portait blouse colorée [2]. Il n'a pas été retrouvé des études qui apportent des informations sur cet aspect de la relation soignant - soigné en contexte subsaharien. Pourtant il est important de connaître l'image que l'enfant se fait du professionnel de soins bucco-dentaire.

Aussi l'essence du présent travail portait-il sur l'évaluation de la perception de ce praticien par les enfants de Yaoundé. Plus spécifiquement il s'est agi de : (i) déterminer le niveau de connaissances de ces enfants sur la santé bucco-dentaire ; (ii) identifier leurs attitudes vis-à-vis du chirurgien dentiste ; et (iii) décrire les pratiques qui en découlent.

Chapitre I : PROBLEMATIQUE

1-JUSTIFICATION

Les comportements de santé d'un individu sont marqués par les évènements vécus dans l'enfance, tels les premiers contacts du jeune enfant avec le dentiste. Ils sont décisifs des relations ultérieures avec les soins de santé bucco-dentaire. Il est donc important d'évaluer le ressenti qu'ont les enfants en contexte africain vis-à-vis du chirurgien dentiste, en vue de minimiser les blessures psychologiques au cours des soins pédodontiques.

2 – QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la perception du chirurgien dentiste par les enfants de la ville de Yaoundé ?

3- HYPOTHESE

La représentation comme « arracheur de dent » du chirurgien dentiste entraîne chez l'enfant de la ville de Yaoundé une perception péjorative de ce dernier.

4 - OBJECTIFS

- **Objectif général**

Analyser la perception du chirurgien dentiste par les enfants de la ville de Yaoundé.

- **Objectifs spécifiques**

1. Evaluer le niveau de connaissances de la santé bucco-dentaire ;
2. Identifier leurs attitudes face au chirurgien-dentiste ;
3. Décrire les pratiques pédodontistes qui en découlent.

5- CADRE CONCEPTUEL

La perception s'est divisée en deux parties : une partie illustrant la schématisation de la problématique et l'autre dédié à la définition des termes opérationnels

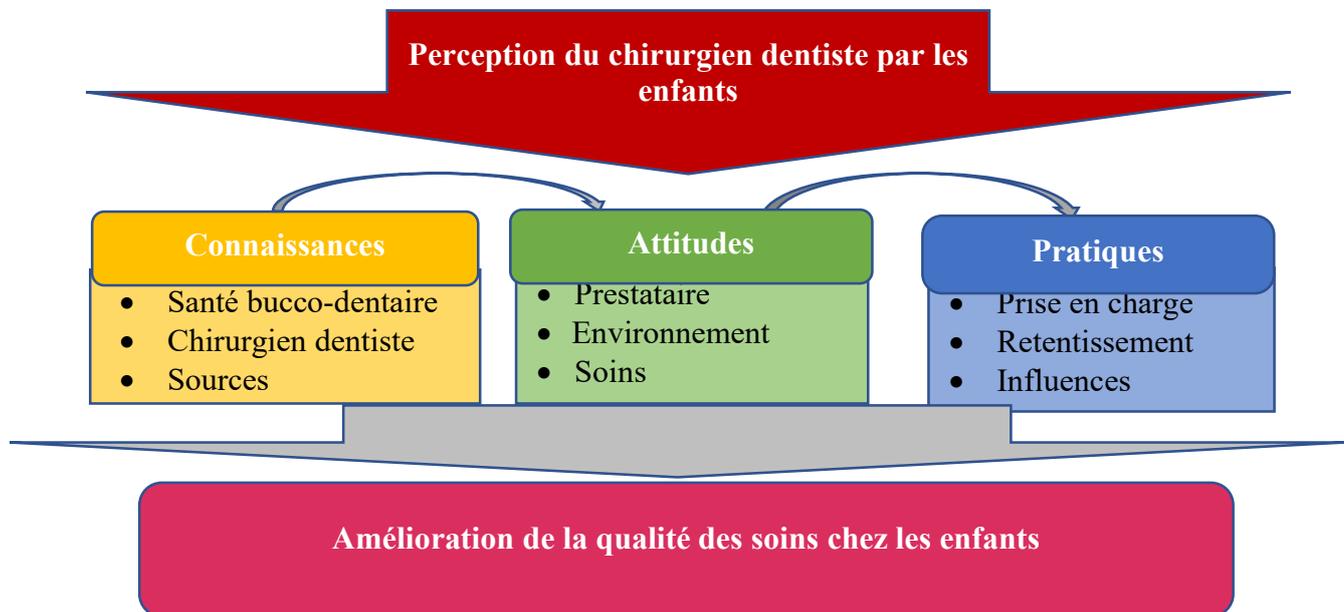


Figure 1: Schéma de la problématique

Définitions des termes opérationnels

Attitudes : Ensemble de représentations, motivations qu'ont les enfants vis-à-vis du chirurgien dentiste[38]

Biparentalité : famille dans laquelle on compte deux parents pour un ou plusieurs enfants [56]

Connaissances : Ensemble des informations acquises par les enfants sur la question de santé bucco-dentaire et le chirurgien dentiste [38]

Environnement : ensemble des éléments qui constituent le cabinet dentaire

Influences : processus par lequel les individus ou les groupes façonnent, diffusent et modifient le mode de pensées et d'action des enfants [55]

Monoparentalité : famille qui ne comprend qu'un parent, élevant un ou plusieurs enfants [56]

Perception : ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens [55]

Pratiques : Actes réels accomplis par les enfants en situation vis-à-vis du chirurgien dentiste [38]

Prestataire : administrateur de soins dentaires

Prestations : ensemble de traitement lié à un problème de dents chez les enfants

Sources : origine des informations reçues par les enfants

6 – INTERET DE LA RECHERCHE

Cette recherche permettra aux décideurs de santé publique d'avoir des données sur la perception qu'ont les enfants du chirurgien dentiste de plus d'améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de cette population.

7 – CADRE THEORIQUE

Cette étude s'inscrit en médecine bucco-dentaire et en santé publique. Dans le cadre de la médecine bucco-dentaire l'étude se situe en pédodontie et psychologie clinique. En santé publique il s'agit de la promotion de la santé et de l'anthropologie médicale.

Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE

Le présent chapitre est divisé en 2 parties : le rappel des connaissances et l'état de connaissance de la perception.

1. Rappel des connaissances

Pathologies bucco- dentaires infantiles

La Santé bucco-dentaire : se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale. Mais aussi de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale de parodontopathie, de déchaussement et de perte de dents, et d'autres maladies qui limitent la capacité de mordre, de mâcher, de sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial [3] Les dents temporaires jouent un rôle important dans le développement et la croissance maxillo-faciale harmonieuse de l'enfant ; elles ont une durée de vie déterminée dans le temps, de plus le rôle de ces dernières et l'importance de les garder en bonne santé sont trop souvent méconnus. [4]. De plus une mauvaise santé bucco-dentaire dès la petite enfance peut favoriser la survenue de pathologies dentaires durant l'enfance, qui peuvent se compliquer à l'adolescence voire même à l'âge adulte. Ces affections peuvent marquer l'enfant psychologiquement, affecter sa santé générale. Les principales affections bucco-dentaires infantiles recensées comprennent :

Carie dentaire

La maladie carieuse Constitue l'une des pathologies chroniques les plus fréquentes chez l'enfant. À l'échelle mondiale plus 530 millions d'enfants ont des caries de dents de lait [5]. Actuellement : La carie est définie comme une pathologie infectieuse causée par des bactéries adhérentes aux surfaces dentaires entraînant la destruction des tissus durs de l'organe dentaire par déminéralisation acide [6].

Physiopathologie

Ayant une étiologie multifactorielle, trois des facteurs ont été décrits (sous forme de 3 cercles différents dont l'intersection rend compte des conditions optimales). Ces facteurs sont : la microflore (bactérie), substrat (alimentation) ; et l'hôte (l'organisme). C'est quelques années plus tard en 1987, qu'un 4^{ème} facteur a été introduit par New brun : le facteur temps (Figure 2) [7].

L'alimentation :
riche en acides, elle favorisera la déminéralisation de l'émail.

Le temps :
chaque fois que les 3 facteurs : plaque dentaire, dents, alimentation sont en présence, il y a risque pour les dents.



L'hôte :
émail mince et/ou mal minéralisé
dents au relief accentué, mal positionnées,

Plaque dentaire bactérienne :
plus de 60 à 70 espèces de bactéries = la plaque bactérienne.
Bactéries anaérobies → pathologies gingivales.
les streptocoques et lactobacilles → développement des caries.

Figure 2 : Schéma de Keys modifié par New brun [7]

La carie dentaire est donc provoquée par la déminéralisation des tissus durs de la dent par les acides organiques produits par les bactéries cariogènes (surtout *les streptocoques mutans*) suite à la consommation des hydrates de carbone en particulier le saccharose. Cette consommation, surtout lorsqu'elle se produit en dehors des repas principaux, lors des grignotages ou de l'usage d'un biberon sucré, est responsable d'un déséquilibre de l'écosystème buccal en faveur d'une multiplication intense des bactéries pathogènes et en particulier, l'intensification de la virulence de ces dernières, d'où une augmentation du risque carieux. La salive par son débit et sa concentration joue un rôle central dans le contrôle de ces processus. Mais la présence de quantités importantes d'acides cariogènes, modifie le pH buccal et donc entame le processus carieux. Une fois la déminéralisation entamée, si rien n'est fait, elle mène à la cavitation : c'est la carie dentaire. Les principales bactéries incriminées dans l'étiologie de carie sont estimées à près de 25 millions de bactéries/1mg de plaque réparties entre une trentaine d'espèces. Cependant certaines sont identifiées comme participant au processus carieux : *Les streptocoques mutans*, *les streptocoques salivarius*, *Lactobacillus case*, *Actinomycesnaeslundii*. Les autres colonies bactériennes saprophytes de la cavité buccale peuvent cependant devenir pathogènes et donc responsables d'autres types d'infections focales à distance. Les principaux facteurs de risque de la carie dentaire sont : le manque d'hygiène bucco-dentaire et l'utilisation abusive des sucreries et autres boissons sucrées [8].

Stades d'évolution

Le développement de la carie prend du temps et s'effectue en plusieurs stades (Figure 3) [9] :

Stade 1 : l'atteinte de l'émail : les acides d'origine bactérienne en sont les responsables. Ce processus est complètement indolore et ne peut être visualisé que par le Chirurgien- Dentiste lors d'un examen dentaire (clinique ou radiologique). A ce stade, la carie est encore réversible les composants de la salive peuvent reminéraliser la surface de l'émail.

Stade 2 : l'atteinte de la dentine : C'est à ce moment que la dent devient sensible au chaud, au froid, au sucré et aux acides : on parle de douleur provoquée. La dentine étant moins minéralisée que l'émail, sa déminéralisation est plus rapide et donc la carie va s'étendre et progresser plus rapidement en profondeur. Le sondage de la cavité révèle une matière caoutchouteuse caractéristique, typique de la déminéralisation de cette couche. A ce stade, la carie a une forme de poire et peut être traitée par des obturations (amalgame, composite, céramique) tout en gardant la dent vivante.

Stade 3 : l'atteinte de la pulpe : C'est le stade bien connu de la « rage de dent ». La douleur est violente, spontanée et augmente en position allongée. Le seul traitement possible est alors la dévitalisation. Si aucun traitement n'est réalisé la pulpe va se nécroser petit à petit jusqu'à la nécrose totale. La douleur cessera alors, laissant croire à tort que tout est rentré dans l'ordre.

Stade 4 : l'atteinte des tissus voisins : les bactéries qui sont présentes dans l'ensemble de la pulpe, vont progresser vers la pointe de la racine (apex) et atteindre, en la traversant, les tissus environnants (os, desmodonte, gencive). Il se formera ensuite une infection péri apicale (granulome, kyste ou abcès), bien plus douloureuse que la rage de dent. Cette infection pourra ensuite s'étendre aux tissus adjacents et provoquer une cellulite ou à l'ensemble de l'organisme via les vaisseaux sanguins et être responsable d'infections distantes (yeux, poumons, cœur, reins, articulations, etc.).

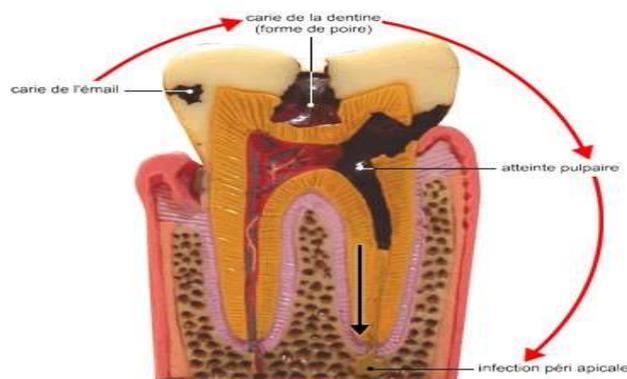


Figure 3 : Stades d'évolution de la carie [9]

Pronostic et traitement

Abandonnée à elle-même la carie simple devient pénétrante, l'infection atteint le parodonte. Traiter à temps le pronostic de la carie dentaire simple est bon. Celui de la carie pénétrante dépend de la réussite de la thérapeutique pulpaire.

Le traitement préventif consiste en un apport substantiel de fluor (bonne technique de brossage avec un dentifrice fluoré), l'observance de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire et un dépistage régulier chez un dentiste [9]. Après les pathologies carieuses, les pathologies parodontales ont été abordées

Parodontopathies

Elles sont des maladies inflammatoires d'origine bactérienne affectant les tissus de soutien de la dent. Selon le tissu concerné, il s'agit de : gingivite (gencive), parodontite (cément et desmodonte), alvéolyse (os alvéolaire). Très fréquentes, elles constituent un véritable fléau par l'édentation précoce qu'elles entraînent et par leurs complications infectieuses (identiques à celles des caries évoluées : complications locales, locorégionales et à distance). On estime que les parodontites grave affectent près de 14% de la population mondiale [5]. Au Cameroun, 98% de la population souffrent de maladies parodontales d'après une étude effectuée par l'association camerounaise des chirurgiens dentistes en 2017 [10].

Formes cliniques

Gingivite odontiasique : il s'agit d'une complication liée à l'éruption dentaire, l'entité classique étant la péri coronarite de la dent de sagesse inférieure chez l'adulte. Le tableau est très algique avec des signes locaux inflammatoires, douleurs irradiées (odynophagie) et adénopathie cervicale réactionnelle.

Gingivite tartrique : le tartre est constitué par la plaque dentaire calcifiée. L'inflammation est liée à l'irritation locale due au tartre, qui constitue un support idéal pour la flore pathogène buccale. L'inflammation et les bactéries provoquent une protéolyse, entraînant une fragilisation et une destruction plus ou moins localisée de la gencive. La cause est une hygiène buccale médiocre.

Gingivite ulcéronécrotique : elle survient chez les patients présentant une diminution de leur défense immunitaire. L'examen clinique met en évidence une gingivorragie, des pétéchies (pouvant être liées à une thrombopénie), une hypertrophie gingivale ou des gencives blanches (liée à l'anémie). Ces lésions doivent faire rechercher une hémopathie.

La parodontite juvénile : elle peut être localisée ou généralisée. La forme localisée survient entre 12 et 26 ans de prédominance chez le sexe féminin avec une prédilection de siège au niveau de la première molaire et des incisives. La forme généralisée n'a pas de prédilection de siège avec une atteinte de toute la denture. Notons qu'il y'a une forme atypique dans

laquelle, en plus des premières molaires et des incisives, elle atteint une ou deux dents postérieures. Après les pathologies parodontales, les traumatismes dentaires ont été abordés [11]

Traumatismes dentaires

Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant en bas âge prédisposent naturellement à des risques de traumatismes : apprentissage de la motricité avec acquisition de la marche autonome et manque de coordination et de réflexe. Si la prévalence varie selon les études et les âges étudiés, elle est importante : un tiers des enfants de moins de 5 ans reçoit un choc dentaire [12]. Dans une étude sur les traumatismes chez les enfants brésiliens âgés de 10 à 72 mois, observent également une prévalence de 30,2%. [13]. L'étude réalisée en France sur des enfants de 4 ans révèle que 31,7% d'entre eux présentaient des séquelles visibles de traumatismes dentaires 74% des traumatismes concernaient les incisives centrales maxillaires et 12,9% des incisives latérales maxillaires [14]. Les traumatismes de la denture temporaire atteignent plus fréquemment les tissus parodontaux que les tissus durs. Cela s'explique par la relative élasticité de l'os alvéolaire et du démonte chez les jeunes enfants ainsi que par la faible longueur des racines des dents temporaires [15]. En plus des traumatismes, comme autre affections bucco-dentaire infantile il existe les anomalies orthodontiques

Anomalies orthodontiques

Elles se traduisent le plus souvent par des malocclusions, des malpositions et des anomalies dentaires. Elles ne constituent pas des maladies infectieuses, mais plutôt traduisent des variations dimensionnelles des bases osseuses alvéolaires par rapport à la moyenne des individus. Elles sont de causes multiples : causes primaires (facteurs héréditaires s'exprimant au cours de l'embryologie). Causes secondaires : facteurs endogènes (fonctionnels, musculaires, muqueux) et facteurs exogènes (d'origines pathologiques ou iatrogènes).



Figure 4 : Anomalie de position [16]

Après les pathologies bucco-dentaire, l'abord psychologique de l'enfant a été abordé.

Psychologie de l'enfant

Il est important de commencer cette partie en définissant les trois branches de la psychologie étudiant le développement de l'enfant :

La psychologie de l'enfant : centrée sur l'enfant, évolution et fonctionnement de la naissance à l'adolescence,

Psychologie génétique : aspect évolutif des comportements, comment a-t-on aboutit à la pensée de l'adulte ?

Psychologie du développement : étude du changement sans restriction de tranche d'âge, elle tend aujourd'hui à remplacer la psychologie génétique. C'est cette discipline qui intéresse cette partie.

La psychologie de développement de l'enfant se fait selon plusieurs dimensions : physiques et motrice, sociale, cognitive, communication langagière, psycho-affective. L'enfant se développent sur tous ses axes en même temps. La psychologie de l'enfant s'intéresse à l'enfant de la naissance à l'adolescence, pour traiter les enfants il faudrait d'abord comprendre qu'ils sont engagés dans un processus de changements qui interviennent au cours de leurs existences. Une vision lucide et dynamique de ce concept permettra une meilleure approche des enfants. Plusieurs théories font références lorsque l'on évoque la psychologie du développement chez l'enfant. Ici on parlera de la théorie piagétienne car elle est constructiviste c'est-à-dire qu'elle montre la construction du sujet au travers des interactions qu'il a avec les objets. Selon Piaget cette théorie, la croissance se poursuit de manière régulière. Sa conception de l'évolution peut être subdivisées en 4 niveaux ou périodes majeures, eux-mêmes répartis en sous-période, appelées stades : la Période sensori-motrice, la Période pensée pré-opérationnelle, la Période opérations concrètes et la Période opérations formelles

Période sensori-motrice

Elle se développe de zéro à deux ans. C'est lors de cette période que les changements les plus importants s'opèrent. Cette période est divisée en six sous-stades.

De 0 à 1 mois, ce sont les réflexes héréditaires qui s'exercent (par exemple succion du pouce appliqué au sein et aux objets). Au cours de ce mois, le nourrisson adapte ses réflexes au milieu environnant.

De 1 à 4 mois, c'est l'apparition des habitudes. L'enfant possède pleins de conduites héréditaires. On voit apparaître les premiers comportements moteurs tels que la fixation du regard.

De 4 à 8 mois : c'est l'adaptation intentionnelle. L'enfant découvre la résistance et la permanence de certains objets. Il cherche à reproduire un résultat qu'il a obtenu par hasard. On assiste l'apparition du comportement intentionnel.

De 8 à 12 mois : apparaît la coordination des schémas secondaires. L'enfant se meut dans son environnement en alliant plusieurs sens : la vue, toucher, ouïe... Il cherche des moyens pour atteindre un but spécifique.

De 12 à 18 mois : l'enfant s'approprie de plus en plus son corps. L'enfant découvre des moyens et sait les adapter pour arriver à ses fins. On constatera une conduite plus imprévisible et personnalisée.

De 18 à 24 mois : c'est l'apparition des combinaisons mentales. L'enfant invente de nouveaux moyens par combinaison mentale sans tâtonnement. Il est en mesure de donner des significations aux objets et de se les représenter.

Période de pensée pré-opérationnelle

La pensée préopératoire chez les enfants décrit les caractéristiques de leur raisonnement, entre 2 et 7 ans. Cette période est marquée par le développement de la fonction symbolique au cours de laquelle se développent l'intelligence par la représentation et la pensée. Lors d'un jeu, un caillou deviendra un coussin ou un pistolet. L'enfant va apprendre à transformer et à inventer. Cette période est caractérisée par l'apparition des notions de quantité, d'espace, de temps et du langage. Également au cours de cette période l'enfant est égocentrique, c'est-à-dire qu'il ne comprend pas que les autres ne pensent pas forcément comme lui. C'est le début de la mise en place des théories de l'esprit.

Stade des opérations concrètes

L'enfant a entre sept et onze ans. Dans ce stade, on observe d'importantes habiletés intellectuelles. Les enfants sont maintenant capables d'appliquer les opérations aux objets concrets. Acquisitions de deux concepts importants : La réversibilité qui est la capacité à pouvoir renverser l'effet d'une action ou d'une opération mentale, par exemple transvaser de l'eau d'un verre à l'autre et vice versa. La conservation : capacité de reconnaître qu'une quantité, un poids ou un volume donné demeurent constants malgré des changements de formes, de longueurs ou de positions. Parmi les autres acquisitions de ce stade, l'enfant peut adopter le point de vue des autres, classer les objets en série par exemple, du plus court au plus long, une compréhension des concepts relationnels fondamentaux exemple : plus grand que, plus lourd que. Une limite majeure du stade des opérations concrètes est la nécessité qu'à l'enfant d'avoir besoin du support physique - réel, il n'est pas capable de pensée abstraite.

Stade des opérations formelles

Cette période va de onze ans à l'âge adulte, c'est la dernière période définie par Piaget, il débute à la puberté et est caractérisé par la maturité cognitive ou l'intelligence adulte. Les

enfants et les adultes à ce stade sont capables de penser de manière abstraite. C'est à dire qu'ils sont capables de résoudre des problèmes géométriques sans devoir se référer à une figure existante. Ils déduisent des principes généraux des règles et peuvent se concentrer simultanément sur de nombreux aspects d'une situation et parvenir à se faire une opinion et à résoudre des problèmes. Le stade des opérations formelles est associé à la pensée hypothético-déductive. Cela signifie que la personne est capable de travailler sur des syllogismes, qui sont une forme de raisonnement par lequel une conclusion est tirée de deux énoncés [17].

Pour bien soigner l'enfant au cabinet dentaire il serait également important de comprendre l'approche comportementale de ce dernier. Le comportement est l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances particulières, autrement dit c'est la manière dont un individu agira, c'est son attitude, sa conduite, qui évoluera en fonction de l'environnement et des circonstances dans lequel il se trouve. Le comportement de l'enfant au cabinet dentaire peut être classifié en quatre selon la classification de Frank et Coll [18]

Stade 1 : enfant définitivement négatif il refuse le traitement, il pleure comme un forcené tremble de peur

Stade 2 : l'enfant est négatif, il éprouve de la répugnance à accepter le traitement, n'est pas coopératif, faire preuve d'une attitude maussade, fait des marches en arrière parle sans arrêt et pose les mêmes questions

Stade 3 : attitudes positives l'enfant accepte le traitement, parfois méfiant il fait un effort de se conformer aux désirs du praticien

Stade 4 : attitudes extrêmes positive l'enfant à de bon rapport avec le dentiste s'intéresse au traitement plaisant.

Chirurgien dentiste et environnement

Les soins dentaires ne datent pas d'hier, mais bien plus loin encore dans l'évolution de l'Homme. Ceux-ci n'étant toujours pas fait par des praticiens expérimentés. Dans cette partie il sera abordé la profession du chirurgien dentiste ainsi l'environnement dentaire dans sa globalité.

Profession du chirurgien dentiste

Sous plusieurs appellation diverse ce même professionnel a porté plusieurs noms au cours des derniers siècles. Le mythe de l'arracheur de dent nous provient tout droit du moyen âge où certains charlatans sévissaient sur la place publique sous couvert de mise en scène. On a donc pu avoir au fil des années une image péjorative du chirurgien-dentiste avec des termes tels que l'arracheur de dents, bourreau, boucher, dentateur. Leurs pratiques ne se résumaient qu'aux

extractions d'où l'utilisation de ce terme. La représentation du chirurgien dentiste a été très largement symbolisée que ce soit dans les peintures, les ouvrages ou même dans l'industrie cinématographique. En effet, le dentiste et les soins dentaires ont été trop longtemps stigmatisés que ce soit dans la peinture, la littérature, le théâtre ou même le cinéma mettant en évidence une image péjorative de ce dernier [19]. Puis successivement l'image du dentiste s'est améliorée au fil des années. L'évolution de la profession transitant de la chirurgie à la prévention avec un élargissement de son champ d'exercice vers les tissus de supports des dents a fait naître le concept de médecin dentiste. De nos jours, c'est un professionnel de la santé pratiquant des interventions ou des manipulations dans la bouche ayant pour but de préserver, de guérir, de redresser ou de remplacer la dentition. En art dentaire, il existe une multitude de champs d'activité spécifiques donnant titre à des spécialités différentes. Le dentiste généraliste intervient dans tous les domaines visant le développement, la structure, les caractéristiques, les fonctions et la pathologie de l'appareil masticateur humain. Il intervient également pour la prévention et la thérapie médicale et chirurgicale s'y afférent. Le dentiste spécialiste en orthodontie est voué à la correction des mauvaises postures des dents à l'aide d'un appareil orthodontique. Le dentiste spécialiste en parodontologie s'intéresse aux tissus de soutien de dents : l'os de la mâchoire, la gencive et le ligament [20]. Le pédodontiste est le dentiste spécialisé pour les enfants. Son rôle est de soigner avec pédagogie, en rassurant et en expliquant. Il a aussi une mission de prévention et d'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire aux petits patients (figure 6). L'objectif étant d'adopter une approche psychologique afin de dédramatiser les soins dentaires. Il est donc important pour un dentiste pédiatrique d'établir une relation amicale avec les enfants patients afin de maîtriser leurs craintes préexistantes de fournir un traitement efficace [21].



Figure 5 : Pédodontiste réalisant un enseignement à l'HBD [21]

Environnement dentaire

L'environnement dentaire représente le cabinet dentaire dans sa globalité. Le cabinet est équipé d'un matériel moderne permettant de fournir aux patients un traitement dans les meilleures conditions.

La salle d'attente

Il est fréquent, que les cabinets dentaires soient sources d'appréhension pour les patients. La conception et l'aménagement de la salle d'attente d'un dentiste n'ont par conséquent rien d'anodin et doivent être pensés avec précaution en particulier chez les enfants. L'objectif étant de rassurer et d'apaiser le patient lorsqu'il franchit la porte du cabinet. Selon que le praticien est spécialisé pour les enfants ou les adultes, la salle d'attente ne sera pas aménagée de la même façon. Pour des enfants, il est important en effet d'apporter un côté ludique et joyeux, avec des couleurs et un mobilier approprié. Du jaune, du bleu ou du vert par exemple, des tables et de petites chaises où les plus petits pourront notamment dessiner, et peut-être exprimer leurs émotions le cas échéant. Un coin lecture doit également être aménagé, avec un choix suffisamment large de livres et de revues, adaptés aux différentes tranches d'âge qu'est amené à recevoir le dentiste figure 6 [22].



Figure 6 : Salle d'attente d'un cabinet de pédodontiste [35]

Salle des soins

Elle est la pièce où les patients reçoivent leur traitement dentaire, tel que fourni par le prestataire. L'équipement de la salle opératoire se compose d'un fauteuil dentaire, d'un compresseur, d'unités montées, de chaises pour dentiste et assistant, un plan de travail des tiroirs ; armoires pour désinfectants, matériaux, instruments etc. Les instruments dentaires sont les outils que les dentistes utilisent pour administrer les soins. Ils comprennent des

dispositifs simples à avancés pour examiner, manipuler, restaurer et enlever les dents et les structures buccales environnantes [23]

2. Etat de la question

De nombreuses études se sont intéressées à la santé bucco-dentaire (BD) des enfants et la perception que ces derniers ont du professionnel de soins dans le monde

CONNAISSANCE

En Europe

En Turquie 2021 une enquête portant sur le niveau de connaissance de la communauté sur la santé bucco-dentaire a été menée son étude visait à déterminer les connaissances et les approches des participants en matière de santé buccodentaire et dentaire. Au total, 2 744 participants volontaires, dont 1 938 (70,6%) femmes et 806 (29,4%) hommes ont répondu ; 1391 participants (50,7%) connaissent le contenu de leur dentifrice ; 1 680 (61,2 %) participants soulignent que le fluorure est efficace dans la prévention des caries dentaires. Le niveau de connaissance des participants ayant un niveau de scolarité plus élevé était statistiquement significativement différent de celui des participants ayant un niveau de scolarité plus faible au sujet des applications du fluorure et du fluorure ($p = 0,0001$). Les résultats de cette étude indiquent que les attitudes des participants à l'égard de la santé buccodentaire et des soins dentaires doivent être améliorées. De nombreux sujets (44 %) ont déclaré qu'ils ne consultaient le dentiste que lorsqu'ils ressentaient de la douleur ou avaient un problème avec la dent au cours de la dernière année. Seulement 24% de la population de l'étude a déclaré avoir consulté le dentiste uniquement pour un examen et un examen de routine. Environ 44% de la population étudiée n'a jamais consulté de dentiste au cours de la dernière année [24]

En Turquie, une étude portant sur l'évaluation des connaissances, de l'attitude et des pratiques des parents à l'égard de la santé buccodentaire de leurs enfants par rapport à leur statut de carie dentaire a été réalisée en 2018. Ayant pour objectif de connaître les connaissances, l'attitude et les pratiques des parents à l'égard de la santé buccodentaire de leurs enfants par rapport à l'état de la carie dentaire. La plupart des parents (89,3 %) savaient que la carie dentaire était la maladie dentaire la plus fréquente chez les enfants. Environ 57,7% connaissaient l'importance du fluorure dans la prévention des caries dentaires. Les enfants avaient un taux de caries dentaires plus élevé que les parents, ce qui était statistiquement significatif. Les connaissances générales des parents en matière de santé buccodentaire étaient adéquates, mais leur pratique était inadéquate. L'attitude et la pratique inadéquates des parents ont eu un impact statistiquement significatif sur l'état carié de l'enfant. Les connaissances des

parents en matière d'hygiène buccodentaire ont un effet sur la santé buccodentaire de leurs enfants. Une éducation adéquate pour les parents est donc nécessaire pour améliorer l'influence de leurs habitudes de santé dentaire sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants [25].

En Asie

En Inde, une étude portant sur l'efficacité de l'éducation de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire avait été réalisée en 2019 chez des enfants âgés de 6- 12ans. L'étude a révélé que les connaissances en matière de santé buccodentaire se sont améliorées chez les enfants. Les comportements de pratique liés à la santé buccodentaire tels que la fréquence et la durée du brossage se sont améliorés. L'utilisation de dentifrice fluoré a été augmentée. L'éducation en santé dentaire à l'école a eu un impact positif sur l'état de santé buccodentaire, les connaissances et le comportement pratique des enfants [26].

En Afrique

Au Malawi en 2021, une étude portant sur l'évaluation des pratiques d'hygiène buccodentaire, les connaissances et l'expérience des caries dentaires et des problèmes gingivaux chez les enfants des écoles primaires urbaines et rurales du district de Lilongwe, au Malawi. Sur 409 élèves, la plupart savaient que la carie dentaire est causée par la consommation d'aliments sucrés (91,4%), les maux de dents sont un symptôme de la carie dentaire (77,6%), la gingivite la gingivite est causée par un brossage inefficace des dents (92,7%), et les saignements gingivaux sont un signe de gingivite (85,3%). La plupart des élèves ont eu mal aux dents (30,8%), beaucoup d'entre eux avaient des parents ayant fait des études secondaires ou plus (35,0 %) comparativement à ceux ayant fait des études primaires (23,5 %), aussi 24,4 % ont souffert de saignements gingivaux, avec des pourcentages plus élevés dans les écoles urbaines (30,1 %) que dans les écoles rurales (18,5 %). Au terme de cette étude, il a été noté des connaissances adéquates sur les caries dentaires et les maladies gingivales, et un quart d'entre eux avaient souffert de ces maladies avec des preuves de disparités entre les zones rurales et urbaines [27].

En Côte d'Ivoire, une enquête dont le but était d'évaluer l'état BD d'une communauté à Motobé a été menée en 2018 Outre les données sociodémographiques et les habitudes d'hygiène BD, un examen clinique a permis d'évaluer l'indice CAO, l'indice de plaque, l'indice de tartre et l'indice gingival. La majorité était des élèves, âgés de 5 à 15ans (95,8%). Parmi eux, 97,2 % n'avaient jamais consulté de chirurgien-dentiste, 96,9% se brossaient les dents principalement le matin au réveil, et dans 78,5% des cas, le brossage du soir n'était pas réalisé. La prévalence de caries a été estimée à 49,0%, l'indice CAO à 1,14 avec plus de 98%

des sujets ayant de la plaque ou du tartre. Cette étude qui révèle une fréquence de caries plutôt élevée pour de jeunes élèves avec de mauvaises habitudes d'hygiène BD, suggère la nécessité d'une sensibilisation à l'hygiène BD dans le village de Motobé [28].

Au Mali en 2018 une étude portant sur les infections bucco-dentaires des élèves des écoles coraniques dont l'objectif d'étudier les connaissances, les attitudes, et les pratiques sur les infections buccodentaires des élèves de trois écoles coraniques de Koutiala. Dans cette étude 98,33% des élèves avaient une notion de connaissance sur les infections bucco-dentaires et ces informations étaient données par les parents/ainés dans 60% des cas. Les élèves définissaient la carie comme étant une sorte de cancer ou maladie contagieuse dans 60% des cas. Ils affirmaient que les personnes qui ne se brossaient pas correctement les dents étaient les plus susceptibles de faire la carie dans 93,33% des cas. Dans cette étude 61,33% des élèves disaient que la carie se transmet par le manque d'hygiène buccodentaire (HBD) ; 33,33% des élèves disaient que l'utilisation des brosses à dent lus une bonne HBD sont les moyens de lutte contre les infections buccodentaires. Les élèves dans 66,67 % des cas conseillaient à leur ami d'aller lui-même au centre de santé et ils pensaient dans 93,33% des cas qu'une bonne HBD prévient les infections buccodentaires. Les élèves disaient se brosser les dents tous les jours dans 98% des cas et ils avaient fait une consultation chez le chirurgien dentiste dans 8,67% des cas [29].

ATTITUDES

En Amérique

Au Brésil en 2020, une étude a été menée afin d'évaluer la perception des enfants sur les soins bucco-dentaires chez les enfants ayant fréquenté la clinique scolaire de Ceulp-ubra. Dans cette étude il a été sélectionné au hasard des enfants âgés de 3 à 11 ans, 13 garçons et 8 filles. L'image de l'opérateur/dentiste selon le dessin était considérée comme technique. Selon l'interview, la procédure clinique elle-même était considérée comme un point de soins positif, surtout lorsqu'elle était associée au soulagement de la douleur. Le point le plus négatif a été mis en évidence à des moments qui ont conduit à une sorte d'inconfort chez l'enfant comme l'anesthésie, le goût de la pâte prophylactique et le bruit de rotation élevée. La perception de l'image de l'opérateur a été considérée comme humanisée dans toutes les réponses. La plupart des enfants se sont montrés satisfaits de leur sourire et certains ont signalé le besoin de retourner à la clinique dentaire pour de nouvelles procédures [30].

En Europe

En Grèce 2022, le premier chapitre d'un livre de dentisterie pédiatrique a été mis en ligne portant sur le développement cognitif de l'enfant : Adopter des attitudes positives envers les

dentistes et la santé buccodentaire a été menée. La pensée des enfants varie considérablement, en grande partie en fonction de leur âge. Ce chapitre décrit les types de pensée les plus typiques des enfants et des adolescents lorsqu'ils traversent quatre stades cognitifs différents : sensorimoteur, préopératoire, opérationnel concret et opérationnel formel. En plus des informations sur ce que les enfants /adolescents à chaque étape sont susceptibles de comprendre ou de mal comprendre, quels types de mécanismes d'adaptation ils sont susceptibles d'utiliser lors des rendez-vous dentaires, et des conseils sur la façon dont le dentiste peut utiliser le concept de la zone de développement proximal pour pousser les enfants à développer des méthodes d'adaptation plus avancées. Également ce chapitre a décrit également des principes fondés sur la recherche pour minimiser la possibilité que l'enfant développe une peur dentaire. Une attention particulière est accordée à la façon d'adapter les messages aux patients pédiatriques (ou aux parents) pour les persuader / les encourager à suivre de bonnes pratiques de soins bucco-dentaires à domicile [31].

En France 2021, une étude s'est proposée de recueillir des informations de la part des enfants en ce qui concerne leur ressenti vis-à-vis du chirurgien dentiste à travers les dessins. Pour trouver des éléments de réponses à ces questions, il a été abordé la psychologie de l'enfant, son acquisition du langage et l'influence que peut jouer sa famille sur lui, afin de savoir parfaitement où les 4-9ans se situent dans le développement psychomoteur au moment de l'entretien. La deuxième partie est consacrée à la présentation et l'analyse des dessins fait par les enfants afin d'évaluer leur perception quant chirurgien dentiste. Les résultats de l'analyse sont variés certains dessins font références à une situation calme et sereine alors que d'autres laissent une image contraire à celle-ci [32]

En Turquie 2014, une étude a évalué les sentiments et les attitudes des enfants envers leurs dentistes et leur association avec la santé bucco-dentaire. Parmi les enfants, 92,5% ont déclaré avoir déjà consulté un dentiste. Parmi les enfants qui ont consulté des dentistes, environ 71,5 % ont déclaré avoir apprécié leurs visites. Parmi les enfants, 84 % préféraient les femmes dentistes, 76,5 % préféraient les dentistes qui portaient une blouse colorée et 63 % préféraient une clinique dentaire décorée à une clinique ordinaire. Les enfants avaient de fortes perceptions et préférences concernant l'apparence de leur dentiste et de leur clinique dentaire [2]

En Asie

En Arabie Saoudite une étude dont le but était d'évaluer les sentiments et les attitudes des écoliers envers leur dentiste. Un questionnaire conçu pour évaluer les attitudes et les préférences des enfants envers les dentistes a été rempli par 583 enfants (289 femmes, 294

hommes) âgés de 9 à 12 ans fréquentant les écoles publiques. Il a été trouvé que 76 % des enfants qui ont rempli le questionnaire ont déclaré avoir déjà été chez le dentiste. Parmi les enfants qui ont consulté le dentiste, environ 64 % ont déclaré avoir aimé leur visite, 11 % n'ont pas aimé leur visite et 12 % ont eu peur. 90% des enfants préféraient que leur dentiste porte une blouse blanche, tandis que 40% les préféraient porter un masque et des lunettes de protection comme mesures de protection pendant le traitement. Lorsqu'on leur a demandé de choisir entre deux images de différents contextes cliniques, 63% des enfants ont indiqué qu'ils préféraient une clinique dentaire décorée à une clinique simple. La peur de l'anesthésie locale et de l'extraction dentaire étaient les raisons les plus fréquemment citées pour ne pas aimer les soins dentaires. Les enfants ont de fortes perceptions et préférences concernant leurs dentistes et les données recueillies pour cette étude avaient servi aux dentistes pour améliorer la prestation de leurs soins [1].

PRATIQUES

En Asie

En Chine en 2022, une étude portant sur l'utilisation des services de soins dentaires et chez les enfants d'âge préscolaire dans le Nord-Ouest au cours de la dernière décennie a été menée. L'information comparant les facteurs influant sur l'utilisation des services de soins dentaires chez les enfants d'âge préscolaire au cours de la dernière décennie dans le nord-ouest de la Chine est rare. Le but de cette étude était d'analyser les facteurs influençant l'utilisation des soins buccodentaires chez les enfants de 5 ans. L'utilisation des services de soins dentaires au cours de la dernière décennie est insuffisante chez les enfants d'âge préscolaire au nord-ouest de la Chine. L'utilisation précise et appropriée de ces services peut réduire la prévalence de la carie [33].

En Amérique

Aux Etats unis une étude portant sur la description qualitative des pratiques d'hygiène dentaire dans les perspectives de la santé bucco-dentaire et des soins dentaires des adultes et des adolescents américano-mexicains a été mené en 2022. Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les thèmes d'hygiène dentaire exprimés par les adultes et les adolescents d'origine mexicain et de placer ces thèmes dans le paysage plus large des perceptions de la santé bucco-dentaire et des soins dentaires. Les thèmes des adultes et des adolescents du Midwest des États-Unis étaient généralement similaires à ceux d'autres groupes de parents mexico-américains et d'enfants plus jeunes. L'hygiène dentaire n'était pas importante par rapport à d'autres questions de santé buccodentaire et de soins dentaires. Plusieurs possibilités

d'amélioration des connaissances et de motivation pour les pratiques d'hygiène dentaire ont été identifiées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des ressources professionnelles [34].

En Europe

En Suède, une étude prospective longitudinale portant sur la peur autodéclarée des jeunes patients par rapport aux évaluations des professionnels lors de visites dentaires invasives et non invasives a été menée en 2022. Un grand nombre d'enfants n'avaient aucune crainte avant le traitement (76,1%). Environ un quart des enfants se plaignaient d'une certaine peur avant le traitement (23,83 %). Dont 19,76 % avaient une peur modérée. La majorité des enfants se souvenaient de leurs traitements dentaires (80,23 %), qui étaient la restauration des dents, y compris la thérapie de la pulpe et des couronnes, les extractions et le maintien de l'espace. Les enfants du groupe plus jeune étaient plus susceptibles d'oublier leur traitement que ceux du groupe plus âgé. Tous les enfants du groupe négatif se souvenaient de leur traitement dentaire, qui était une extraction dans chaque cas. La majorité des enfants (92,22 %) avaient une perception positive. Le nombre d'enfants ayant des perceptions négatives et neutres était comparativement beaucoup moins élevé. Objectif principal était d'étudier les auto-déclarations des jeunes patients sur la peur dentaire sur une période de 5 ans, prospectivement. En outre, pour les comparer aux rapports de procuration des professionnels pour la peur dentaire lors de visites dentaires invasives et non invasives. Il a également été observé que les sujets qui avaient déjà visité une clinique dentaire ou ceux qui connaissaient l'environnement dentaire à un stade précoce de la vie étaient moins anxieux que les patients qui recevaient un traitement dentaire pour la première fois [35].

En Espagne 2021, une étude a été menée portant sur la réduction de la peur des enfants au cabinet dentaire et mettant en évidence l'importance de la première visite. L'objectif de cette étude était d'identifier si l'âge des patients auquel les visites chez le dentiste pédiatrique commencent ainsi que la périodicité de ces visites sont des facteurs qui peuvent prévenir la peur dentaire. Cette étude transversale observationnelle a été menée sur 575 écoliers (âge moyen $6,85 \pm 0,78$) et leur mère/père/tuteur. Les parents ont répondu à un sondage sur les caractéristiques des visites chez le dentiste et l'enfant a rempli l'indice d'anxiété et de peur dentaires pour évaluer la peur dentaire. La corrélation entre la peur dentaire et l'âge à la première visite et la peur dentaire et la fréquence des visites était statistiquement significative. L'analyse de régression effectuée a montré que les deux variables prédisaient 44,4% de la peur dentaire chez l'enfant. En conclusion, l'âge d'initiation chez le dentiste pédiatrique (avant 2 ans) et les révisions périodiques (tous les 6 mois ou tous les ans) pourraient protéger l'enfant de la peur dentaire [36].

En Afrique

En Egypte 2022, une étude portant les pratiques parentales et comportements de santé buccodentaire des enfants dans les zones rurales : différences entre les sexes dans une enquête auprès des ménages a été faite. Les pratiques parentales influencent la santé et le développement des enfants. La présente étude visait à évaluer les différences entre les sexes dans la perception des enfants des pratiques parentales des deux parents et dans l'association entre les comportements de santé buccodentaire des enfants et les pratiques parentales. Il y avait des différences entre les garçons et les filles dans la perception des pratiques parentales des mères et des pères et dans l'association entre ces pratiques parentales et le brossage des dents et la consommation de sucre [37].

Chapitre III : METHODOLOGIE

1 – TYPE D’ETUDE

Il s’agissait d’une étude d’évaluation des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) descriptive.

2 – SITE

L’étude s’est déroulée à Yaoundé en milieu hospitalier et scolaire.

Hospitalier	Scolaire
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de District de Biyem-Assi • Cabinet privé Clinique Saint Hilaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecole Publique de Bastos • Complexe scolaire Thecla • Complexe scolaire Tiama

3- DUREE DE L’ETUDE

L’étude s’est écoulée sur une durée de neuf mois de septembre 2021 à mai 2022. Incluant une période de collecte allant du 28 janvier jusqu’au 27 mai 2022.

4- POPULATION D’ETUDE

1. **Population cible** : enfants de Yaoundé âgés entre 5 et 11 ans
2. **Population source** : enfants fréquentant les lieux de l’étude.
3. **Critères d’inclusion** : tout enfant volontaire, s’exprimant en langue française ou anglaise et dont les parents avaient donné un consentement éclairé signé.
4. **Critères d’exclusion** : tout enfant ayant des troubles de santé et/ou n’ayant pas répondu entièrement au questionnaire.

ECHANTILLON

La taille de l’échantillon avait été calculé avec la formule de Schwartz : $n = \frac{Z^2 P (1-P)}{m^2}$
n est la taille de l’échantillon,

Z est le niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, $z=1,96$ pour un niveau de confiance de 99%, $z= 2,575$)

p est la proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (lorsqu’inconnue, on utilise $p = 0,5$ ce qui correspond au cas le plus défavorable c’est-à-dire la dispersion la plus la grande)

m est la marge d’erreur tolérée (par exemple on veut connaitre la proportion réelle à 5% près)
 $n = (1.96)^2 \times 0.519(1-0.519) / (0.05)^2 = 383,60$ arrondi à 400

Soit un échantillon de base estimé à 400 enfants.

5- OUTIL DE COLLECTE

Un questionnaire bilingue à administration directe a été utilisé pour la collecte des données. Il comportait 41 questions repartis en 4 parties : (i) 08 questions sur les caractéristiques du profil sociodémographique ; (ii) 09 questions sur les connaissances de l’enfant en rapport avec la santé bucco-dentaire ; (iii) 13 questions sur les attitudes des enfants vis-à-vis du chirurgien dentiste ; (iv) 08 questions sur les pratiques ; et (v) 3 questions sur les attentes. Ce

questionnaire durait environ 20 min. Il a été pré-testé préalablement auprès de 20 enfants de la ville de Douala et ce qui a entraîné des modifications sur l'emplacement et reformulation de certaines questions.

6- PROCEDURE

• Considérations éthiques et administratives

Après validation du protocole de recherche par les encadreurs, il a été 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. Des demandes d'autorisation pour la réalisation de ce travail avaient été déposées aux responsables des différents hôpitaux et établissements 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, une note d'information et un formulaire de consentement éclairé avait été remis aux participants, il a été signé par le parent ou le tuteur légal dans lequel il certifiait avoir reçu des informations relatives à la recherche et marquait volontairement son accord de participation.

• Collecte de données

Le recrutement s'est déroulé en milieu hospitalier et en milieu scolaire.

Pour ce qui est recrutement en milieu scolaire les fiches de consentement éclairé avaient été distribuées 1 à 2 jours avant le recrutement afin que ceux-ci puissent présenter à leurs parents. Après l'obtention des différentes autorisations, les responsables des établissements sélectionnés avaient été prévenus, il leur avait été expliqué les objectifs et l'importance de l'étude Deux passages étaient effectués par établissement, au premier tour on sélectionnait la salle de classe, la distribution d'une fiche d'information et du formulaire de consentement éclairé accompagnée des explications était faite. Au deuxième tour c'était la collecte proprement dite.

Les enfants dans le cadre hospitalier ont été approchés un à un en salle d'attente avec leurs parents, ils ont été informés des buts de l'enquête et du cadre de participation à une thèse qui garantit l'anonymat des réponses. Après avoir obtenu le consentement de leurs parents respectifs, la collecte des données s'est faite par remplissage par l'investigateur, d'un questionnaire qui a le soin d'expliquer soigneusement les différents thèmes abordés et d'utiliser des termes simples, Ceci pour garantir la bonne compréhension des enfants.

7 – ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 26. Suivant la liste des variables ci-après :

- **Données sociodémographiques** : âge, sexe, classe, type de famille, nombre d'enfant, position dans la fratrie,
- **Connaissances** : santé bucco-dentaire, chirurgien-dentiste et les sources
- **Attitudes** : prestataire, environnement et soins dentaires
- **Pratiques** : prise en charge, retentissement, et les influences
- **Attentes** : vis-à-vis du chirurgien, du cabinet, des parents

Les moyennes et les fréquences ont été calculées. Les grilles de cotations des données ont été faites. Ainsi, pour évaluer le niveau des connaissances, d'attitudes et de pratiques le pourcentage des réponses était classé en 3 catégories tel qu'illustré dans le tableau I ci-dessous. Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatif si $p < 0,05$.

Tableau I: Score des analyses des données CAP [40]

CAP	Catégories	Cotations
Niveau des connaissances	Faible	Moins de 25%
	Insuffisant	[25% - 50% [
	Moyen	[50% - 75% [
	Bon	Plus de 75%
Qualité des attitudes	Néfaste	Moins de 25%
	Erronée	[25% - 50% [
	Approximative	[50% - 75% [
	Juste	Plus de 75%
Qualité des pratiques	Néfaste	Moins de 50%
	Inadéquate	[50% - 75% [
	Adéquate	Plus de 75%

Chapitre IV : RESULTATS

Le chapitre des résultats est présenté en axes à savoir : (i) le recrutement des données ; (ii) le profil sociodémographique ; (iii) les connaissances ; (iv) les attitudes ; (v) les pratiques ; et (vi) la perception globale

I. RECRUTEMENT

La collecte des données s'est faite auprès des enfants de la ville de Yaoundé en milieu hospitalier et en milieu scolaire des secteurs publics et privés. La figure 7 ci-dessous illustre les différentes étapes ayant permis de recueillir les informations

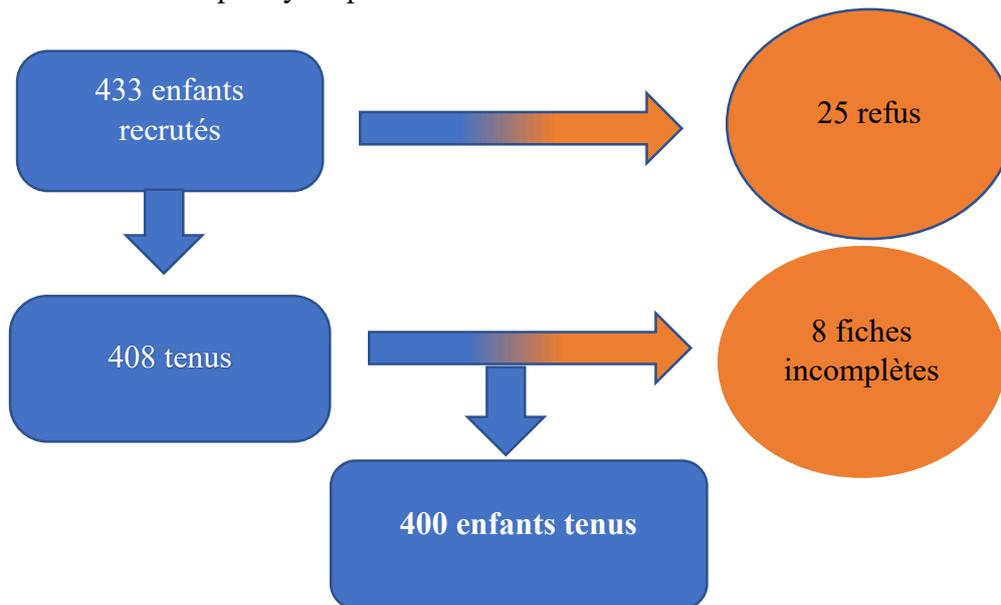


Figure 7 : schéma du recrutement

Le taux de réponses à cette étude était de 95,2%. A la fin de cette collecte, 400 enfants ont été recrutés, soit 220 au secteur privé, 180 au secteur public. Les détails des données sociodémographiques ont été répertoriés ci-après.

II. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Le sex- ratio était de 0,8. La variation d'âge allait de 5- 11 ans avec un âge médian de 8ans et un intervalle interquartile de 2 ans. Les détails sont représentés dans le tableau II ci-dessous

Tableau II: Profil sociodémographique

Variables	Modalités	Privé N=220 (%)	Public N=180(%)	Total N=400(%)
Sexe	Féminin	146(66,4)	79(43,9)	225(56,3)
	Masculin	74(33,6)	101(56,1)	175(43,8)
Age	[5-7ans [	82(37,3)	16(8,9)	98(24,5)
	[7-9ans [	86(39,1)	89(49,4)	175(43,8)
	[9-11ans]	52(23,6)	75(41,7)	127(31,7)
Classe	Maternelle	4(1,8)	6(3,3)	10(2,5)
	Sil-CP	55(25)	19(10,6)	74(18,5)
	CE1-CE2	109(49,5)	78(43,3)	187(46,8)
	CM1-CM2	52(23,6)	77(42,8)	129(32,3)
Type de famille	Biparentale	167(74,5)	127(70,6)	291(72,8)
	Monoparentale	56(25,5)	53(29,4)	109(27,2)
Nombre d'enfant	Enfant unique	18(8,2)	8(4,4)	26(6,5)
	[2-4[	158(71,8)	92(51,1)	250(62,5)
	[4-6[	40(18,2)	60(33,3)	100(25)
	Plus de 6	4(1,8)	20(11,1)	24(6)
Position dans La fratrie	Enfant unique	18(8,2)	8(4,4)	26(6,5)
	Ainé	46(20,9)	32(17,8)	78(19,5)
	Cadet	86(39,1)	64(35,6)	150(37,5)
	Intermédiaire	41(18,6)	47(26,1)	88(22)
	Benjamin	29(13,2)	29(16,1)	58(14,5)

La majeure partie des répondants (68,3%) avait un âge inférieur à 9ans, ainsi que le nombre d'enfant représentant la fratrie était inférieur à 6 soit 87,5%. La quasi-totalité (90,8%) était de nationalité camerounaise et les autres étaient de nationalité française 5,2%, congolaise 2,7% et ivoirienne 1,4%. Dans le but de bien mener les objectifs de cette étude les détails du niveau de connaissances ont été abordés

III. CONNAISSANCES

Les composantes de la connaissance étaient constituées de la santé bucco-dentaire, du chirurgien dentiste et les différentes sources. Les données relatives à la santé bucco-dentaire sont évoquées dans le tableau III ci-après.

Tableau III : Niveau de Connaissances sur la santé bucco-dentaire

Variables	Modalités	Privé N=220 (%)	Public N=180(%)	Total N=400(%)
Pathologie bucco-dentaire	Abcès dentaire	7(3,2)	0(0)	7(1,8)
	Carie dentaire	140(77,3)	167(92,8)	337(84,3)
	Malposition dentaire	32(14,5)	11(6,1)	43(10,8)
	Mobilité dentaire	7(3,2)	2(1,1)	9(2,3)
	Mauvaise haleine	4(1,8)	0(0)	4(1)
Causes	Bactéries	0(0)	3(1,7)	3(0,8)
	Mauvaise hygiène	63(28,6)	88(48,9)	151(37,8)
	Suceries	157(71,4)	89(49,1)	246(61,5)
Prévention	Brossage régulier	180(43,6)	84(46,7)	180(45)
	Consultation fréquente	40(18,2)	25(13,9)	65(16,2)
	Eviction de sucrerie	84(38,2)	71(39,4)	155(38,8)
Conduite à tenir (CAT)	Automédication	7(3,2)	59(32,8)	66(16,5)
	Communication	40(18,2)	36(20)	76(19)
	Visite du dentiste	137(78,6)	85(47,2)	258(64,5)

De manière générale, le niveau d'information sur le sujet était bon. Les affections bucco-dentaires les plus citées relevaient de l'odontologie conservatrice et endodontie (OCE) soit 86,1%, tandis que celles d'ordre parodontale 3,3% étaient faiblement évoquées. De plus les enfants du secteur privé en plus des pathologies d'OCE avait une meilleure connaissance sur les pathologies orthodontiques. Le tableau IV ci-dessous présente la compréhension que les enfants ont de ce dernier

Tableau IV : Niveau de connaissances du chirurgien dentiste

Variable	Modalités	Privé N=220(%)	Privé N=180(%)	Total N=400(%)
Définition	Docteur des enfants	1(0,4)	16(8,9)	17(4,3)
	Docteur des dents	146(66,4)	121(67,2)	267(66,8)
	Docteur des maladies de la bouche	73(33,2)	43(23,9)	116(29)
Rôle	Arracher les dents	0(0)	28(15,6)	28(7)
	Soigner les dents	146(66,4)	106(58,9)	252(63)
	Soigner les maladies de la bouche	74(33,6)	46(25,6)	120(30)
Actes	Arracher les dents	58(26,4)	91(50,6)	149(37,3)
	Blanchir les dents	6(2,7)	0(0)	6(1,5)
	Fermer le trou des dents	104(47,3)	65(36,1)	169(42,3)
	Mettre un appareil dentaire	6(2,7)	0(0)	6(1,5)
	Nettoyer la bouche	46(20,9)	24(13,3)	70(17,5)
Motif de sa visite	Douleur	133(60,5)	134(74,4)	267(66,8)
	Consultation de routine	68(30,9)	38(21,1)	106(26,7)
	Eruption dentaire	19(8,6)	8(4,4)	27(6,8)

La quasi-totalité des enfants avait une définition moyenne et bonne du chirurgien dentiste (95,8%). Quant au rôle 67% avaient une connaissance moyenne et insuffisante. Concernant les actes que ce dernier puisse effectuer, en plus des soins d'OCE, de chirurgie, une minorité non négligeable du privé eut évoqué des soins d'ordre esthétique. Ainsi les moyens d'informations des participants sur le sujet ont été recueillis, une forte proportion des enquêtés (48,8%) avait reçus des enseignements sur la santé buccodentaire et sur le chirurgien dentiste lors de leur visite chez ce dernier, tant dis que 23,3% recevaient des informations de leur entourages, 18,5% étaient informés à partir des médias tels que la télévision et/ou les réseaux sociaux et enfin 9,8% grâce aux cours d'hygiène dispensés dans les établissements. Toutes ces données ont permis de calculer le niveau de connaissances des informateurs tel illustré dans la figure 8 ci-après

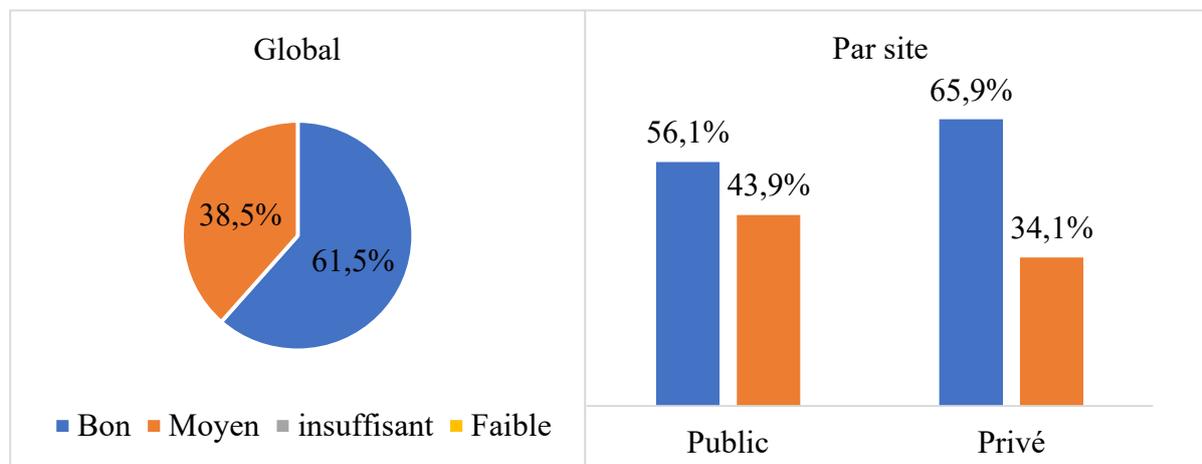


Figure 8 : Distribution du niveau de connaissances

Au terme de l'analyse du niveau global du niveau de connaissances ; il en ressort que la totalité des enfants avait un bon niveau de connaissance. Ce bon niveau de connaissances influençait les attitudes.

IV. ATTITUDES

De prime abord, il a été évalué le ressenti vis-à-vis du prestataire. Il est apparu que 74,8% de la population d'étude ne connaissait pas le nom de leur dentiste. Parmi eux 35,2% ont notifié la non présentation de ce dernier, 24,8% avaient oublié, et 11,9% n'étaient pas intéressés. Cependant, il a été remarqué que les enquêtés du privé étaient plus informés sur la dénomination de leur dentiste soit 31,4% contre 17,8% du public. Quant à la perception de l'empathie les détails sont représentés dans la figure 9 ci-après

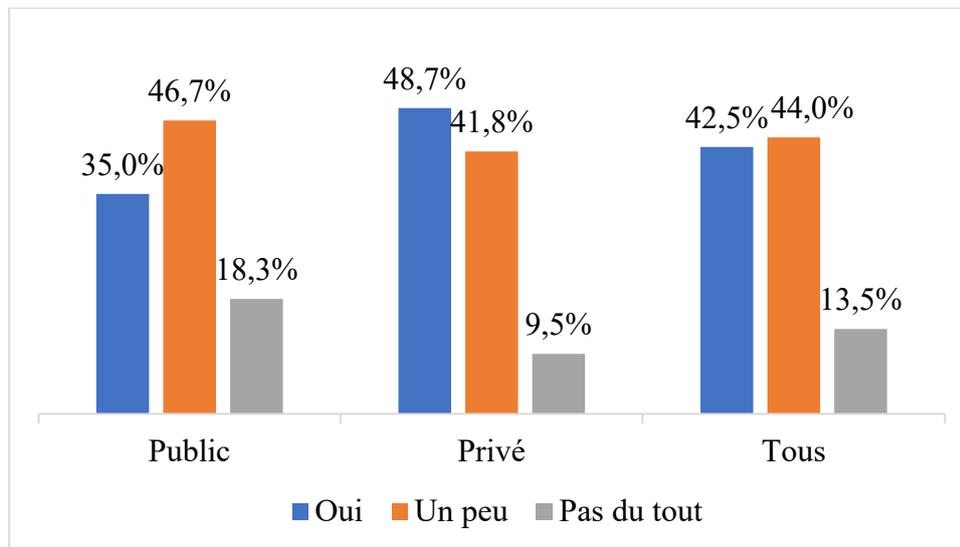


Figure 9 : Perception de l'empathie du dentiste

La majeure partie (86,5%) considérait le dentiste comme une personne gentille, bien que certains ne le considéraient pas totalement du fait que ce dernier soit un menteur (13,8%), fasse des piqûres (25%) ou dévoile son vrai visage quand il travaille (5,2%). Toutefois une entité non négligeable était en désaccord avec cette perception ceci en raison du fait qu'il gronde (7,3%), qu'il soit grincheux (3%) ou impatient (2,2%). Après l'évaluation du ressenti du prestataire, la perception de l'environnement a été abordé notamment le ressenti dans la salle d'attente et la description de la salle des soins tous ceux-ci illustrés dans le tableau V ci-après

Tableau V: Perception de l'environnement dentaire

Variables	Modalités	Privé N=220(%)	Public N=180(%)	Total N=400(%)
Ressenti dans la salle d'attente	Enthousiasme	84(38,2)	34(18,9)	118(29,5)
	Indifférence	43(19,5)	19(10,6)	62(15,5)
	Ne sais pas	2(0,9)	1(0,6)	3(0,7)
	Peur	91(41,4)	126(70)	217(54,3)
Description de la salle des soins	Jolie	99(45)	63(35)	162(40,5)
	Pas jolie	62(28,2)	56(31,1)	118(29,5)
	Spacieuse	40(18,2)	33(18,3)	73(18,3)
	Autres	19(8,6)	28(15,6)	47(11,7)

La peur était le ressenti majoritaire, en raison des pleurs provenant de la salle de soins (22,6%), du bruit des instruments (17,7%), de la présence d'autres malades (7,3%) ou encore de l'appréhension des soins (6,9%). L'accueil chaleureux (10,7%), les distractions du cabinet (12,9%) et le soutien parental (5,3%) justifiaient l'enthousiasme de certains. S'agissant de la salle de soins en plus des descriptions sus cités d'autres éléments avaient été évoqués tel que la propreté (6,2%) ou une odeur piquante (5,5%)

A propos de l'évaluation de la composante des soins, des données relatives à l'instrumentalisation et les prestations ont été évoquées. Concernant l'instrumentalisation il est apparu que 33,5% de participants connaissaient au moins un instrument dentaire (soit 45,5% dans le secteur privé et 34% dans le secteur public) le nom des instruments les plus connu est illustré dans la figure 10 ci-après

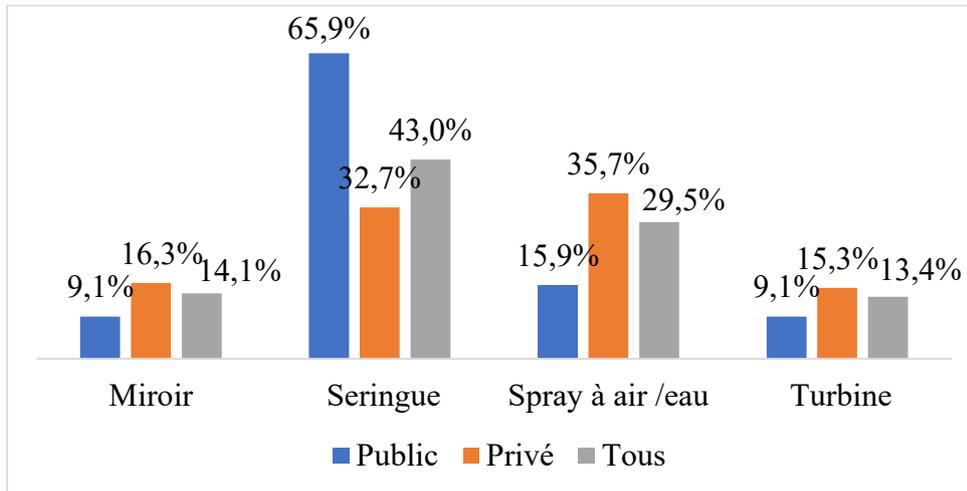


Figure 10 : Connaissance de L'instrumentalisation

Les instruments les plus cités étaient majoritairement (85,3%) ceux utilisés pour l'anesthésie et pour les soins d'OCE. Par ailleurs, plus de moitié (69,7%) a eu à dire qu'ils n'appréciaient pas l'instrumentalisation du prestataire parce que certains d'entre eux engendrait des piqures (26%), arrachait les dents (24,8%) faisaient du bruit (10,4%) ; faisait peur (5,8%) et avaient une forme étrange (2,7%). Quant aux soins reçus les détails sont énumérés dans la figure 11 ci-après

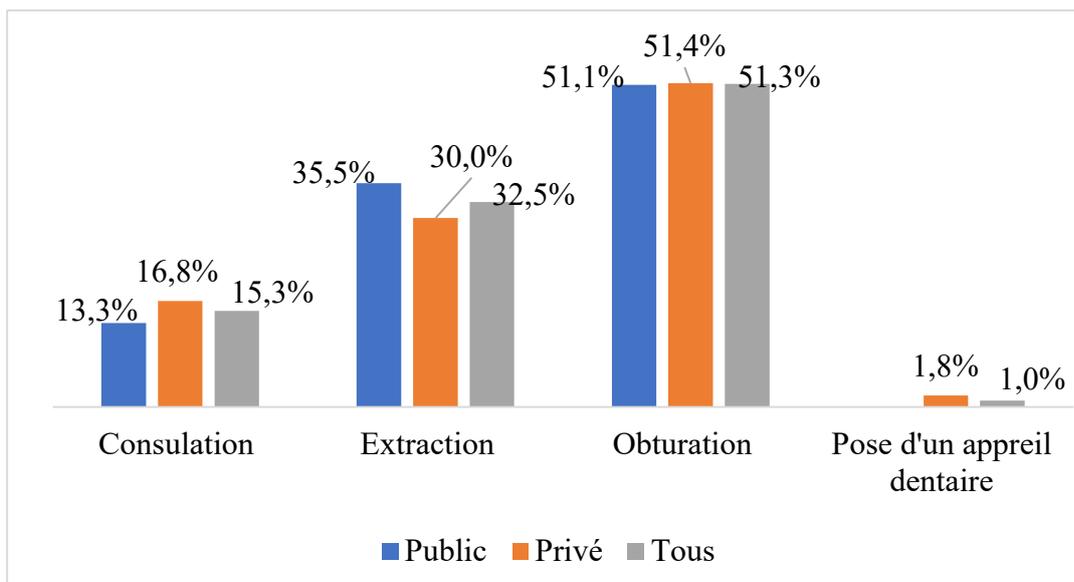


Figure 11 : perception des prestations du chirurgien dentiste

Les principaux soins relevaient de l’OCE, et de la chirurgie, bien qu’il eût également des soins relevant l’orthodontie. Toutes ces données sus cités ont permis d’évaluer la qualité d’attitudes des participants en sommant les notes attribuées à chaque question, ceci illustrée dans la figure 12 ci-dessous

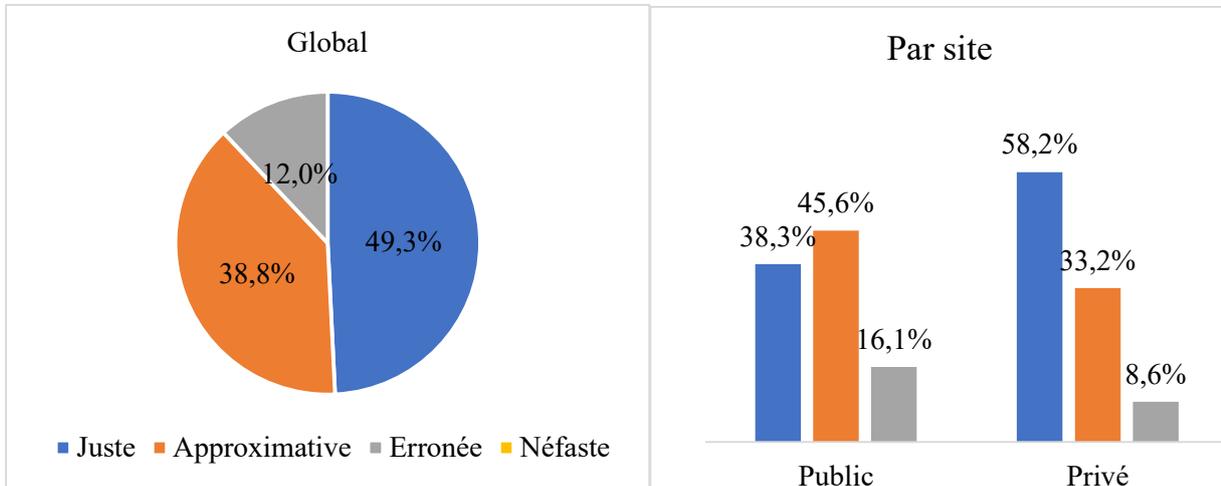


Figure 12 : Distribution de la qualité des attitudes

La quasi-totalité des enfants (88,1%) avait un niveau d’attitudes approximatif et juste. Ces attitudes justes ont conduit à évaluer leurs pratiques.

V.PRATIQUES

L’évaluation des pratiques des enfants s’est faite suivant les composantes de la prise de charge, du retentissement émotionnel et des impressions. Concernant la prise en charge, elle s’est faite en fonction des motifs de consultation, du comportement des informateurs durant les soins et du ressenti de ces derniers après les soins les détails sont illustrés dans le tableau VI ci-après

Tableau VI: Evaluation de la prise en charge

Variable	Modalités	Privé N=280(%)	Public N=180(%)	Total N=400(%)
Motif de consultation	Autres	37(16,8)	9(5)	46(11,5)
	Douleur dentaire	98(44,5)	134(74,4)	232(58)
	Mobilité dentaire	66(30)	25(13,9)	91(22,8)
	Rendez-vous	19(8,6)	12(6,7)	31(7,8)
Comportement lors des soins	Calme	43(19,5)	34(18,9)	77(19,3)
	Curiosité	5(2,3)	3(1,6)	8(2)
	Peur	123(55,9)	90(50)	213(53,3)
Ressenti après les soins	Pleurs	49(22,3)	53(29,4)	102(25,5)
	Contrarié	30(13,6)	37(20,6)	67(16,8)
	Indifférent	24(10,9)	20(11,1)	44(11)
	Rassuré	55(25)	34(18,9)	89(22,2)

Soulagé 111(50,5) 89(49,4) 200(50)

La majeure partie des consultations était à but curatif, cependant il a été noté d'autres motifs de consultation à l'instar de l'alignement dentaire (3,1%), la consultation de routine (7,3%) et la persistance des dents de lait (4,2%) pour ce qui était du privé. Dans le public, il s'est agi de la persistance de dent de lait (5%) principalement. S'agissant du ressenti après les soins, le sentiment de colère s'expliquait chez eux par le fait que le dentiste gronde (7,3%), la persistance de la douleur (6,8%) ou les mensonges du dentiste (2,2%). Pour les enfants qui étaient soulagés, leur sentiment était influencé par la disparition de la douleur (11,7%), la disparition de la peur (23,3%), ou encore les appréhensions erronées (10,2%). Les encouragements du praticien (11,2%), le soutien des parents (7%) et les appréhensions erronées (4%) justifiaient le ressenti de ceux qui étaient rassurés. Le retentissement émotionnel a également été évalué chez les informateurs afin de recueillir les données sur le ressenti avant la visite chez le chirurgien dentiste. Ils sont représentés dans la figure 13 ci-dessous.

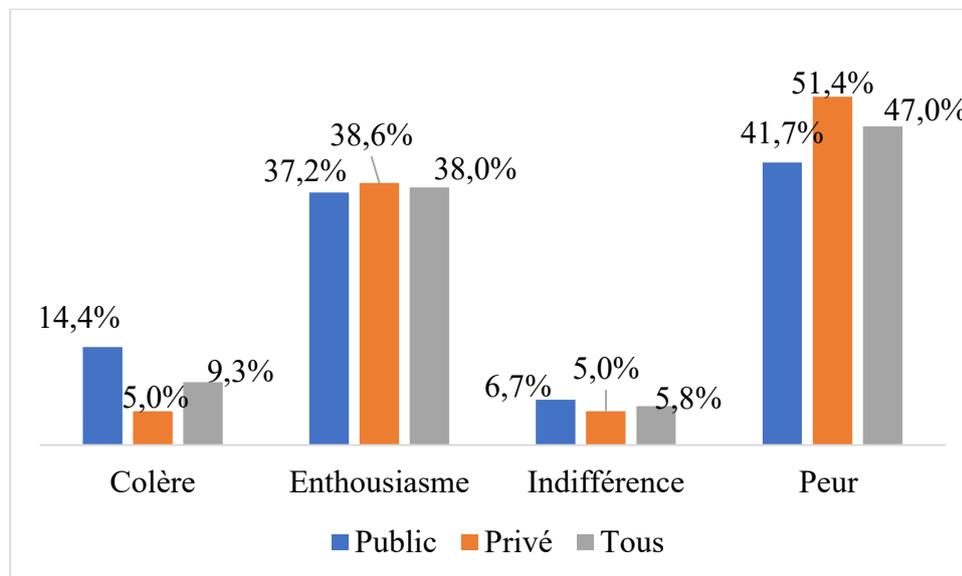


Figure 13: Retentissement émotionnel de la visite chez le dentiste

La peur à l'idée de rencontrer le dentiste s'expliquait par l'appréhension des soins notamment la douleur (25,4%), qu'à l'issue des soins l'extraction dentaire d'une ou de toutes les dents soient faites (11,6%) et des informations reçues de l'entourage (10%). Les enfants ayant ressentis un sentiment de colère avant la visite, ce sentiment était influencé principalement chez eux par le fait qu'ils ne trouvent pas le dentiste gentil (5,3%) ou qu'ils n'aiment pas le dentiste (2,4%). Concernant ceux étant contents, leur sentiment provenait du fait de recevoir une récompense de leur parent à l'issue de la visite (25,5%), un cadeau du dentiste (10,1%), ou encore de pouvoir s'amuser avec les distractions présentes au sein du cabinet (6,7%). A l'issue des soins, des éléments ont retenus l'attention des enfants tant d'un point de vue positif que négatif, les détails sont représentés dans le tableau VII ci-après

Tableau VII: Evaluation des impressions

Variables	Modalités	Privé N=220(%)	Public N=180(%)	Total N=400(%)
Points positif	Discuter avec le dentiste	76(34,5)	42(23,3)	118(29,5)
	Pistolet à eau /air	22(10)	3(1,66)	25(6,2)
	Rien du tout	35(15,9)	58(32,2)	93(23,2)
	S’asseoir sur le fauteuil	87(39,5)	77(42,8)	164(41)
Point négatif	Bruit des instruments	72(32,7)	60(33,3)	132(33)
	Ouverture buccale prolongée	54(24,5)	46(25,6)	100(25)
	Piqûre	71(32,3)	65(36,1)	136(34)
	Sensation de joue qui gonfle	13(5,9)	9(5)	22(5,5)
	Vue du sang	10(4,5)	0(0)	10(2,5)

Les points négatifs les plus marquants (39,5%) étaient en rapport avec l’anesthésie. Toutes ces informations ont permis de calculer le niveau de pratiques des enfants en sommant la note attribuée à chaque question Illustré dans la figure 14 ci-après

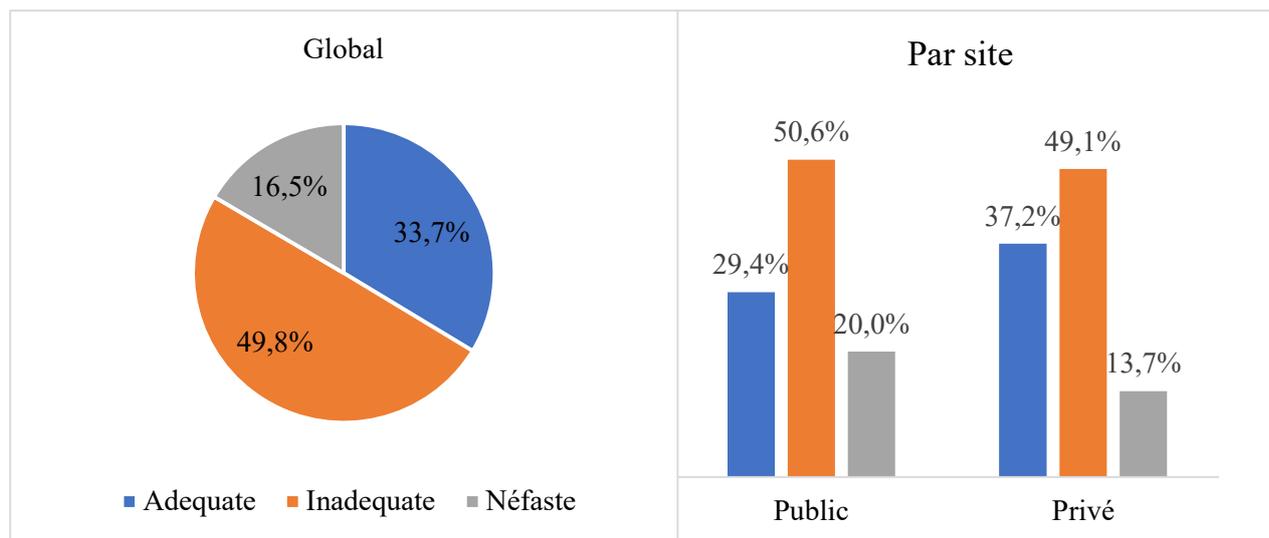


Figure 14 : Distribution de la qualité des pratiques

Une forte proportion (66,3%) avait des pratiques adéquates, et seulement 16,5% avaient des pratiques inadéquates. Cette différence entre les niveaux de connaissances, attitudes et de pratiques a conduit au calcul du niveau de la perception global.

VI. PERCEPTION DU CHIRURGIEN DENTISTE

Cet indicateur a été créé en combinant les connaissances, les attitudes et les pratiques. Le niveau global était moyen dans l'ensemble soit 52,5% quoi que 46,5% avaient un bon niveau et seulement 1% niveau insuffisant dans les deux secteurs réunis. Cette perception pourrait être associée aux données sociodémographiques tel représenté dans le tableau VIII ci-après

Tableau VIII: Perception globales en fonction du profil sociodémographique

Variables(N=400)	Bon N (%)	Moyen N (%)	Insuffisant N (%)	P -value
Sexe				
Féminin	105(46,7)	118(52,4)	2(0,9)	0,967
Masculin	81(46,3)	92(52,6)	2(1,1)	
Age				
[5-7[	45(45,9)	53(54,1)	0(0)	0,256
[7-9[	82(46,9)	89(50,9)	4(2,2)	
[9-11]	59(46,5)	68(53,5)	0(0)	
Classe				
Maternelle	3(30)	7(70)	0(0)	0,94
Sil-Cp	35(47,3)	39(52,7)	0(0)	
CE1-CE2	86(46)	98(52,4)	3(1,6)	
CM1-CM2	60(46,5)	68(52,7)	1(0,8)	
Type de famille				
Biparentale	129(44,3)	160(55)	2(0,7)	0,18
Monoparentale	57(52,3)	50(45,9)	2(1,8)	
Nombre d'enfant				
Enfant unique	14(53,8)	12(46,2)	0(0)	0,36
[2-4[	118(46,8)	132(52,8)	0(0)	
[4-6[	42(42)	56(56)	2(2)	
Plus de 6	13(52)	10(40)	2(8)	
Position dans la fratrie				
Ainé	37(47,4)	(52,6)	0(0)	0,14
Cadet	78(52)	72(48)	0(0)	
Intermédiaire	35(39,8)	51(58)	2(2,3)	
Benjamin	22(37,9)	34(58)	2(3,4)	
Secteur				
Privé	119(54,1)	101(45,9)	0(0)	0,00
Public	67(37,2)	109(60,6)	4(2,0)	

Une influence sur la perception s'est faite ressentir avec une grande significativité sur le secteur en fonction du secteur $p=0,001$. Dans le but de trouver des raisons explicatif et comparatif de ses résultats la discussion a été faite.

CHAPITRE V : DISCUSSION

Le chapitre de la discussion passe en revue tous les résultats retrouvés précédemment. Après avoir présenté les limites de l'étude, il est axé en 04 axes : (i) la population d'étude, (ii) le niveau de connaissance, (iii) la qualité des attitudes, (iv) la qualité des pratiques.

I. LIMITES DE L'ETUDE

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

- Tout d'abord le recrutement d'un échantillon relativement grand en un temps réduit ;
- Ensuite bien que toutes les autorisations eussent été obtenues pour l'organisation de cette enquête, il n'a pas été facile d'atteindre l'échantillon en raison du manque d'enfants en milieu hospitalier d'où l'existence d'une inégalité des effectifs dans les différents secteurs
- Et enfin les données ont été collectées sur la seule base déclarative, elles peuvent de fait poser un problème de véracité de l'exactitude des réponses données, néanmoins quelques questions-contrôles et l'observation ont permis de vérifier la fiabilité de certaines réponses.

II. PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Initialement 433 enfants ont été contactés, parmi eux 408 y ont participé dont 8 entretiens inachevés, ce qui a conduit à un taux de participation de 95,2%. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans une étude réalisée en 2014 en Turquie où le taux de participation était de 100% [39]. Ceci s'expliquerait par le fait que le questionnaire administré était pertinent, parcimonieux, performant et prétesté mais aussi ce taux décèlerait un intérêt que les parents portaient à ce sujet à savoir le ressenti de leurs enfants vis-à-vis du chirurgien dentiste.

La population était principalement représentée par le genre féminin. Ce résultat est différent de ceux obtenus dans de nombreuses études à l'instar de l'Arabie saoudite 2011, le Brésil en 2020[1, 30] où le genre masculin était plus représentatif. Cette inégalité de sexe pourrait s'expliquer par le fait que dans un des sites de recrutement notamment le Complexe Scolaire Trilingue Tiama, le primaire était exclusivement constitué de filles.

Les sujets de la tranche d'âge de 7-9ans étaient plus représentés dans cette étude soit 43,8% avec un âge moyen de 8ans. Ces résultats sont similaires à ceux menés Cameroun en 2011 où la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 7-10 ans à 67,9% de mên

Espagne où l'âge moyen des enfants était de $7,45 \pm 1,1$, avec une tranche d'âge de 6 à 9 ans [36]. En effet, la première molaire permanente qui est la dent plus atteinte par la carie de surcroît chez les enfants fait son éruption à partir de 6ans [40] ce qui pourrait justifier cette forte population dans cet intervalle. Par ailleurs, dans cette étude la population était fortement

marquée par les élèves fréquentant les classes de CE1- CE2. Ceci corrobore les résultats sus cités car les élèves de ces classes sont majoritairement âgés entre 6-9ans [41]

Le nombre d'enfant représentant la fratrie était inférieur à 6 soit 87,5%. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvé aux Cameroun en 2019 où le taux de fécondité était de 4,51 enfants par femme [42]

Le type de famille qui dominait dans cette étude était celle biparentale soit 72,8% comme en occident [43]. En effet la famille joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant ; c'est le premier lieu de socialisation de ce dernier et la nécessité de la présence des deux parents est indispensable car ils règnent en équilibre [44].

La quasi-totalité des répondants (90,8%) était de nationalité Camerounaise avec en plus différentes nationalités à l'instar des ressortissants de France 5,2%, du Congo 2,7% et de la Cote d'Ivoire 1,4% ceci démontre la cosmopolarité de la ville de Yaoundé. Ayant pour objectif d'évaluer les compétences de santé de cette population, nous avons débuté par l'évaluation de leur niveau de connaissances.

III. CONNAISSANCES

Les concepts retrouvés pour l'évaluation du niveau de connaissances regroupaient de façon générale les composantes de la santé buccodentaire et du chirurgien dentiste. Les pathologies bucco-dentaires fréquemment évoquées par les participants étaient dominées par celles relevant de l'OCE a l'occurrence la carie dentaire en raison de 77,3% dans le secteur privé et 92,8% dans le public. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude menée au Mali en 2018 où la carie dentaire était connue comme principale affection buccale soit 64,7% [26]. En effet, la carie dentaire représente selon l'OMS le 4ieme fléau mondial après les cancers, les maladies cardiovasculaires et le sida. A l'échelle mondiale on estime que 2 milliards de personnes souffrent de carie de dents définitives et 520 millions d'enfants de caries des dents de lait [5]. De plus au Cameroun en 2020 une étude a révélé que 91% d'enfants de 6-12 ans souffrent de carie dentaire [45] ce qui pourrait expliquer ce contact familial avec la pathologie. Aussi des pathologies relevant d'un ordre orthodontique ont été évoquées notamment les malpositions dentaires avec un pourcentage de 14,5% dans le secteur privé et 6,1% dans le secteur public. Cette différence se justifierait par le fait que, l'alignement dentaire s'inscrit dans un registre d'une dentisterie nécessitant les compétences d'un spécialiste ayant un but tant fonctionnel qu'esthétique. En effet, la dentisterie esthétique est une dentisterie du désir et non du besoin, un plaisir à s'offrir pour avoir un meilleur sourire ; contrairement à la carie dentaire qui

s'inscrit dans un registre de dentisterie traditionnelle axée sur un aspect beaucoup plus fonctionnel. De surcroît, les soins esthétiques sont plus la plupart onéreux.

Concernant les connaissances sur les moyens de prévention des maladies bucco-dentaires 45%, avaient choisis le brossage comme moyen efficace, 38,8% ont parlé de l'éviction des sucreries et 16,2 % avait pour appréhension une consultation fréquente chez le dentiste, les forts pourcentages en faveur du brossage et de l'éviction des sucreries révèle que les informateurs étaient bien éclairés sur les moyens de prévention primaire.

Pour ce qui est de la CAT lors de la survenue d'une affection BD, il en ressort que 3,2% d'enfants du secteur privé avaient choisi l'automédication contre 32,8% d'enfants du secteur public. Ces résultats reflèteraient la CAT des parents vis-à-vis de leurs enfants quant à la survenue d'une pathologie orale et soulignerait un problème majeur de santé publique. En effet, d'après les idées perçues de la société, l'automédication permet d'éviter de subir le cout de la consultation du chirurgien dentiste. Pour le patient, l'automédication est source de gain de temps. Le recours à l'automédication en tant que premier soin est très courant dès l'apparition des premiers signes et symptômes de la maladie. Dans certains cas, cette pratique est destinée à soulager le malade avant la quête de soins plus appropriés ; dans d'autres cas par contre, elle est utilisée contre les affections passagères. Ceci rejoint l'étude menée en France en 2011 qui a montré que sur une population de 566, les personnes appartenant au 5^e décile de niveau de vie avaient un recours à l'automédication 20% plus élevé que les personnes des 2 premières déciles [46]. De même que l'étude menée en Tunisie en 2015 sur une population de 400 personnes desquelles 100% des artisans, 60% des professionnels du secteur informel contre 25% des cadres et chefs d'entreprises avaient répondu positivement à une question concernant l'idée de se rendre directement à la pharmacie sans passer par une consultation médicale préalable au cours d'un problème de santé les affectant [47]. Ceci pourrait également appuyer l'inégalité perçue quant à la visite du dentiste comme conduite à tenir où 78,6% des enfants du privé était en faveur contre 47,2 % dans le secteur public. Compte tenu de ces résultats il serait possible de dire que les informateurs du privé sont plus susceptibles de rencontrer le chirurgien dentiste que ceux du public d'ailleurs une étude menée aux Etas unis en 2021 portant sur l'association de la ruralité et certains paramètres des soins BD ont révélé que les enfants en zone rurale étaient moins susceptibles de rencontrer un dentiste pour visite préventive que de la zone urbaine [36]

La majorité (66,8%) définisse le chirurgien dentiste comme étant le docteur des dents, toute fois une minorité non négligeable 29% l'ont défini comme étant le docteur des maladies de la bouche. Fort de ce constat, il serait possible de penser que les idées perçues par la société qui

limitent encore le chirurgien dentiste à l'organe dentaire perdurent. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que la majeure partie des rencontres avec ce dernier est liée à l'odontologie ce qui homologue la perception du rôle de ce dernier où l'élément le plus en faveur était de soigner les dents (63 %) bien qu'une minorité 7 % issue du secteur public l'assimilait à un arracheur de dent.

Ainsi les sources d'informations des enquêtés étaient majoritairement issues de leurs précédentes visites chez le dentiste soit 48,8% et minoritairement des cours d'hygiène dispensés en milieu scolaire (9,8%). Ces résultats diffèrent de ceux menés au Mali en 2020 portant où les informations perçues quant à la santé orale provenaient des parents / Aînés à 60%[29] Or une étude en Inde 2019 a relevé un impact positif de l'éducation en milieu scolaire l'état de santé BD tant sur la connaissance que sur les pratiques [26].

Au terme de l'analyse du niveau global de connaissances il en ressort que plus de la moitié avait un bon niveau de connaissance dans l'ensemble soit 61,5% en raison de 65,9% pour le privé et 56,1% pour le public. Ce bon niveau de connaissance influençait les attitudes.

IV. ATTITUDES

Pour le volet des attitudes les composantes du prestataire, de l'environnement et des soins ont été évalués.

Concernant le prestataire il est apparu que 74,8% de la population d'étude ne connaissait pas le nom de leur médecin traitant or il est admis que dénommer un individu par son nom propre améliorerait les liens d'affinités. Par ailleurs dans la plupart des articles traitant le rôle de la relation médecin – patient, il a été noté que le caractère proche et amical du médecin améliore et inspire à des meilleurs résultats thérapeutiques [48].

Concernant la perception de l'empathie du dentiste, 86,5% ont décrit le dentiste comme étant une personne gentille. Ce résultat est similaire à plusieurs études notamment en Turquie 2014 où 74,5% ont déclaré apprécié leurs visites chez le dentiste [1]. En Arabie Saoudite 64% ont déclaré aimé, 11% n'ont pas aimé et 12% avaient peur [2]. En effet le dentiste était perçu comme tel en raison de son sourire, de ses récompenses ou encore son côté ludique. Tout de même, parmi ces derniers un bon nombre ne le considérait pas totalement en raison des soins prodigués à l'instar de la piqure (25%). En effet la peur des aiguilles est connue de tous, elle est très rependue chez les enfants comme chez les adultes. Chez les enfants cette peur résulterait certainement d'une expérience passée traumatisante tel que la vaccination ou encore des injections dans le cadre d'un épisode de maladie. Aussi 19% d'entre eux ne le considéraient pas totalement ceci en raison du mensonge ou de la découverte d'un autre aspect

de la personnalité du praticien durant les soins. Cette information pourrait faire référence aux à la douleur ressentie lors des soins mais encore le manque de confiance que les jeunes patient éprouveraient probablement dû à une mauvaise approche lors des soins.

Cependant 13,5% ont affirmé que le dentiste n'était pas une personne gentille en raison du fait qu'il gronde, qu'il soit grincheux ou impatient. Compte tenu de ses résultats il serait possible de dire que derrière une appréciation positive ou négative de la perception de l'empathie, il y a une multitude de facteurs qui exercent des influences sur les enfants, tels que : la communication, le côté ludique, la douleur perçues. Grâce à une telle connaissance, le prestataire aura plus de bagage pour l'application de certaines mesures, et pour une meilleure compréhension des types de comportements a adopté envers les enfants Le dentiste pédiatrique se doit donc jouer un rôle actif dans les secteurs psychologique et éducatif, permettant d'éviter d'éventuels traumatismes qui détermineront presque toujours des relations incompatibilité avec l'environnement dentaire. Selon la littérature, plusieurs techniques de contrôle peuvent être utilisées, telles que : les compliments ; les récompenses le langage ludique [30]

S'agissant de l'environnement dentaire à l'occurrence la salle d'attente, il est apparu que la peur était le ressenti majoritaire à 53,3% en raison de 41,4% pour ce qui concerne le privé et 70%. Cette différence considérable pourrait s'expliquer par le fait que pour certains enfants, la visite chez le dentiste n'est pas un évènement extraordinaire et pour d'autres cela pourrait être une expérience terrifiante qu'ils ne subiront que lorsque l'agonie associée au problème dentaire devient insupportable.

Les motifs de la peur étaient multiples on note principalement l'information sonore perçue à l'occurrence les pleurs dans la salle des soins (22,6%), le bruit des instruments (17,7%) ces résultats sont similaires à une étude menée au Cameroun en 2016 où le bruit des instruments et les cris des patients représentaient les principaux facteurs anxiogènes au cabinet dentaire [49]. En effet le cabinet dentaire peut être considéré comme une source stress du fait qu'il regorge de multiples facteurs d'anxiété a l'instar du bruit qui peut être interne c'est à dire directement lié aux soins ou externe. En plus du bruit, certains enfants (7,3%) ont eu à énumérer les autres malades comme origine de la peur dans la salle d'attente. En plus de la timidité ce ressenti pourrait évoquer la peur d'une contamination indirecte dans la mesure où les enquêtés auraient vu des pathologies ou des complications de caries graves. Ce qui va dans le même sens d'une étude menée en France en 2018 où 70% avait évoqué aimer ne pas avoir du monde dans la salle d'attente [50]. Aussi 6,9% avaient peur ceci à cause de l'appréhension des soins. Cette peur relative aux actes thérapeutiques peut être liée aux informations reçues

de l'entourage ou encore une expérience passée traumatisante. D'ailleurs une étude faite en France en 2021 a trouvé que la plupart des patients avaient une peur qui était en rapport avec l'appréhension des soins [32].

A propos de la composante des soins, la perception de l'instrumentalisation a été évaluée. En effet, 69,7% des enquêtés ont révélé ne pas apprécier les instruments du prestataire à cause des soins qu'ils génèrent tels que : la piqure (26%), l'extraction (24,8%) ou encore à cause du bruit (10,4%) et bien autres. Les instruments dentaires pourraient être sources d'inquiétude car ils sont perçus comme des armes de torture. Les instruments rotatifs par leurs bruits aigus sont déplaisants pour le patient par ailleurs, beaucoup d'entre eux sont convaincu de ce que ces derniers vont engendrer de la douleur sans même que le praticien eut à utiliser. Les instruments pour les avulsions sont également redoutés ils sont assimilés à une tenaille qu'on utilise pour avulsion expulsion dentaire [50].

La connaissance des instruments du prestataire par les enfants a été évaluées. Majoritairement, les instruments les plus cités était ceux utilisé pour l'anesthésie notamment la seringue principalement dans le secteur public (65,9%) mais aussi ceux relevant des soins conservateurs à l'instar du spray à air / eau en grande partie dans le secteur privé (35,7%). Au vu de ces résultats on constaterait que les informateurs du public ont cité l'instrument le moins générant le plus d'angoisse tant dis que ceux du privé ont cité l'instrument qui pour eux avait un aspect plus ludique d'ailleurs le terme adapté pour parler de cet instrument était le pistolet à eau ou/ à air. Ce qui pousserait donc à penser que les informateurs du privé ont une image plus méliorative des soins dentaires contrairement à ceux du public.

Pour ce qui est des prestations, il est admis que les soins invasifs génèrent plus de peur que non invasifs [51] dans cette étude il a été observé que les prestations les plus réalisées étaient ceux relevant de l'OCE (55,8 %). Il n'est pas étonnant car les soins fréquemment réalisés au cabinet dentaire sont ceux conservateurs [52]. Néanmoins 29% d'informateurs avaient subi des actes chirurgicaux notamment des extractions dentaires dont 38,3% dans le secteur public d'informateur dans le contre 21,4% dans le secteur privé ce qui pourrait influencer la différence de perception du chirurgien dentiste dans les deux secteurs.

Au terme d'analyse du niveau global des attitudes, il en ressort que la plupart interrogés avaient une attitude juste soit 66,5%. Cette bonne opinion suscite l'analyse globale des pratiques.

V. PRATIQUES

Le principal motif de consultation était la douleur dentaire en raison de 58% soit 44,5% pour le secteur privé et 74,4% pour le secteur public. Il est admis que la douleur dentaire est le principal motif de consultation en odontologie pédiatrique. Cette différence constatée pour les différents secteurs est similaire à celle de l'étude réalisée en France en 2015 portant sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6-15 ans : disparité entre les zones rurales et urbaines où les principaux motifs de consultation évoqués s'inversaient en fonction de la zone avec la douleur qui était plus cédée en zone rurale et la consultation en zone urbaine [44] ceci s'expliquerait par une consultation tardive et irrégulière des informateurs qui consulteraient pour la plupart en urgence lorsque les soins sont inévitables en raison de la douleur ressentie. Il s'avère que la consultation tardive est influencée par de nombreux facteurs tels que le niveau socioéconomique des parents, le coût des soins dentaires qui reste inabordable pour certains surtout en l'absence de couverture sanitaire [53]. Aussi dans la conception du motif de consultation, l'éducation joue un rôle important. L'ignorance ou le manque d'informations va amener les parents à penser que les dents de lait du fait qu'elles vont tomber ne nécessitent pas d'être soignées [54]. Pour la plupart, ils ignorent les risques liés aux complications de la carie ou des pathologies orales dans la globalité, de ce fait ont pour premier recours une automédication afin de soulager le jeune patient et ne viennent que consulter lorsqu'ils n'ont plus de choix. Au vu de ce qui précède, il serait possible de dire que la consultation chez le dentiste serait plus orientée dans un but curatif.

Pour ce qui est du retentissement émotionnel, on constate qu'une proportion importante des enfants avaient une appréhension de la visite chez le dentiste qui les pousse pour la majorité à avoir un sentiment de peur soit (46%). Ces résultats sont similaires à ceux menés en Suède où environ un quart d'enfant avait une certaine peur du dentiste [35]. Il serait donc possible de dire que la peur du dentiste est une réalité quotidienne qui perdure bien que l'image du praticien tend à s'améliorer.

S'agissant des motifs, le ressenti de la peur était plus apparenté à l'appréhension des soins : la peur d'avoir mal (25,4%), la peur qu'une dent/toutes les dents soient extraites (11,56%) ou des informations péjoratives transmises par l'entourage. En réalité, la crainte du prestataire s'apparente aux soins qu'il effectue, de surcroît il est connu de tous que les enfants n'aiment pas avoir mal, du coup première visite qui s'allie à un épisode de douleur pourrait fortement influencer l'image du prestataire et sur le retentissement émotionnel. Aussi la fréquentation accrue de l'environnement dentaire joue également un rôle important quant au retentissement émotionnel on constate par exemple que les informateurs du public étaient plus apeurés (51,4%) que ceux du privé (41,7%).

A l'issu de visites, de nombreux éléments sont suscité l'attention des informateurs d'un point de vue tant positif que négatif. On constate que les enfants ont beaucoup apprécié s'asseoir sur le fauteuil ceci certainement dû au côté ludique qui s'apparente au fauteuil

L'élément le plus en défaveur était celui lié à l'anesthésie comme dans plusieurs études [1,2,30]. Au terme des pratiques globales, la majeure partie (49,8%) était inadéquate montrant la nécessité d'une prise en charge précoce.

VI. PERCEPTION GLOBALE

La majorité des participants (52,5%) avait une perception globale moyenne, tandis que 46,5% avaient une bonne perception et juste 1% avaient niveau insuffisant. Ce résultat est concordant avec les précédents qui révélaient un niveau bon de connaissances et attitudes mais des pratiques inadéquates ce qui nous emmène à penser que cet état de choses est lié non seulement a une consultation dentaires tardive mais aussi aux actes prodigués par le dentiste tel que la pique qui est extrêmement redoutée par les patients pédiatriques.

De plus, une influence sur le secteur ($p=0,00$) s'est faite ressentir relevant une différence de perception entre les informateurs du privé et ceux du public. L'enquête témoigne donc de la nécessité de la bonification de l'image du praticien et l'amélioration de la qualité des soins.

CONCLUSION

La présente étude portait sur l'évaluation de la perception du chirurgien dentiste par les enfants de Yaoundé. Elle avait pour objectif d'évaluer le ressenti des enfants vis-à-vis du professionnel de la santé bucco-dentaire à travers l'analyse de leurs niveaux de connaissances, leurs attitudes et pratiques.

L'hypothèse principale qui soutenait que la représentation comme « arracheur de dent » du chirurgien dentiste entraîne chez l'enfant de la ville de Yaoundé une perception péjorative de ce dernier n'a pas été confirmée.

En effet, la majorité des enfants avait une bonne perception du professionnel de soins bucco-dentaire bien que des éléments relevant des soins entravaient cette image à l'instar de la pique. Tout de même cette présente étude a mis en évidence une différence non négligeable sur la perception en fonction du secteur tant sur le niveau de connaissance ; d'attitudes ou de pratiques ceci en raison du fait que les enfants du secteur public ont une consultation bien souvent en tardive, lorsque les soins sont inévitables en raison de la douleur ressentie.

Indépendamment du secteur, un niveau de connaissances bon, des attitudes justes et des pratiques adéquates ont été retrouvés. Ainsi, une mesure appropriée s'impose en vue d'améliorer les connaissances des patients pédiatriques de Yaoundé et par là leurs attitudes et pratiques, en mettant un accent particulier sur la nécessité des consultations de routine et des campagnes scolaires pour familiariser les enfants avec les soins bucco-dentaires dès le bas-âge.

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.
- Multiplier des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé bucco-dentaire auprès des enfants dans les écoles et dans les hôpitaux
- Créer des ateliers de formation dans le domaine de la prise en charge des enfants
- Créer des infirmeries au niveau des écoles pour la promotion des visites systématiques

À l'ONCDC

- Organiser des séminaires de formations sur l'abor psychologique de l'enfant

Aux personnels soignants :

- S'informer davantage sur le sujet.
- Participer à des séminaires et des formations continues sur le sujet.
- Sensibiliser les parents sur la nécessité d'une prise en charge précoce et sur la consultation de routine

Aux chercheurs :

- Mener des études similaires sur la perception des préférences vis-à-vis du chirurgien dentiste

Aux parents :

- Faire une préparation psychologique aux enfants avant la rencontre avec le dentiste
- Encourager les enfants sur la bonne hygiène bucco-dentaire
- Limiter la consommation des sucreries
- Faire des consultations de routine fréquentes aux enfants

Aux enfants :

- Respecter les mesures d'hygiène

REFERENCES

1. Maha A, Corah N, Gale E, Illig S. Children's perception of their dentist. *Eur. J. Dent.* 2011 Apr; 5: 188-189.
2. Patir M, As L, Beyard B, Erol T, Balli A. Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health. *ISRN Dent.* 2014 Mar; 2014: 2-3.
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé bucco-dentaire [En ligne]. 2012 [cité le 22 novembre 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr>
4. Tamba A, Diop F, Faye M, Diouf G. Prise en charge thérapeutique de la dent temporaire affectée : Difficultés et Contraintes. *Odonto-stomatol Trop.* 2011 Avr; 13:12-20.
5. OMS. Santé bucco-dentaire [En ligne]. 2018 [cité le 20 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Marquillier T, Delfosse C, Laumailé M, Hamel O, Trentesaux T. Prevention of carious disease in children. *Ethics Med. Journ.* 2018 Jun; 5: 132-8.
7. Selwitz R, Amid I, Pitts N. Dental caries. *Lancet.* 2007 Jan; 369(9555): 51-9.
8. Conrads G. Pathophysiology of dental caries. In. S. Karger AG dir. *Monographs in oral sciences.* Philadelphie ; Elsevier : 2018. **p1-10.**
9. Badet C, Deprez J. *Etude Clinique de la carie.* Elsevier. 2004 Fév ;1 : 40-48
10. Ndoumbe N. Actualité au Cameroun **Titre** [En ligne]. 2018 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur <https://actucameroun.com/2018/07/02/cameroun-98-des-camerounais-souffrent-de-maladies-parodontales/>
11. Campus Cerimed. Item256 : lésion dentaire et gingivales [En ligne]. 2011 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur <https://campus.cerimes.fr/media/disquemirot/2015-06-09/UNF3Smirot/campus-numeriques/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie9/site/html/2.htmlmes.fr>
12. Naulin-Ifi C, Hansenne K, Moscato V. *Traumatismes dentaires : du diagnostic au traitement.* Rueil-Malmaison : Ed. CdP; 2005: 165.
13. Perrin D, Ahossi, Larras P, et AL. *L'Urgence en Odontologie.* Rueil- Malmaison : Éd. CdP ; 2005 :143.
14. Droz D, Gueguen R, Bruncher P. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Archive de Pédiatrie.* 2006 Dec; 13(9): 1222-9.
15. Charland R., Champagne M., Salvail P., et al. Traumatismes des dents antérieures primaires et permanentes. *Journ. Dent. Québec.* 2005 Jan; 42: 499-502.
16. Dongmo H. *Etude de l'état bucco-dentaire des élèves du lycée Alfred garçon du district de Bamako.* [Thèse d'exercice]. Université des sciences et technologies de Bamako, 2020. **100 pages.**
17. Bullinger A, Esnaute E, Piaget J, Pragier P. Développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars. *CAIRN info.* 2007 Oct; 70-5.
18. **Auteur** Développement psychologique de l'enfant. [En ligne]. 2012 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur : [dev_moteur.pdf](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/dev_moteur.pdf) (mcgill.ca https://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/dev_moteur.pdf) **document en pdf**
19. Akhter H, Ahmed F. History of dentistry. *Arch Med Health.* 2014 Jan; 2(1): 106-9.

20. Van D. Les motifs de recours et de non recours aux soins dentaire : enquête auprès des dentistes. [Thèse d'exercice]. Université de Louvain, 2020. 113 pages.
21. Auteur Dentiste pédodontiste. [En ligne]. 2020 [cité le 02 juin 2022]. Disponible sur: <https://dentiste-enfant.com/dentiste-specialiste-enfant/>
22. Auteur Salle d'attente dentiste. [En ligne]. 2020 [cité le 08 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.couronnedentaire.net/salle-d-attente-dentiste/>
23. Auteur Liste ultime d'équipements et d'instruments pour une clinique dentaire. [En ligne]. 2014 [cité le 7 juin 2022]. Disponible sur: dentalreach.today/dental-education/an-ultimate-list-of-equipment-and-instruments-for-a-dental-clinic/
24. Sinem B, Hazalozlan M. Investigating the level of knowledge of community about oral health and dental health. *Eur. J. Dent.* 2021 Jan; 15(1) :145-51.
25. Dikshit P, Limbou S. Evaluation of knowledge, attitude and practices of parents toward their children oral health compared with their dental caries status. *Birat Journ health.* 2018 Apr; 3(2) :447-52.
26. Geetha P, Asokan S, Janani R. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children. *Indian J Dental Res.* 2019 Aug; 30(3) :437-49.
27. Mlenga F, Ghamba M. Oral hygiene practices, knowledge and self-reported dental and gingival problem with rural-urban disparities among primary school in libongwe. *Journ. overview.* 2021 Sept; 2021 : 5-10.
28. Mguanga A, Abou A. Evaluation de l'état bucco-dentaire dans la communauté de Motobé. **EDUCI.** 2018 Juin; 17(2) :5-13.
29. Guanga M, Abou A. Evaluation de l'état bucco-dentaire dans la communauté villageoise Diawara O, Niang A, Kouyate M et al. Infection bucco-dentaire des élèves des écoles coraniques de Koutiala. *Revue Mal.* 2018 juin, 1(11) : 8-19
30. Oliveira EC, Marques EF, Santos M. Children's perception about dental care in patients attended at Ceulp-Ubra school clinic. *Inter. Ped. Dent. Open Acc.* 2020 Aug; 4(2): 354-8.
31. Coolidge T, Spector JP, Verkamp J. Child cognitive development: Building positive attitudes toward dentist and oral health. *Pediatr. Dent.* 2022 Jan; 1(1): 11-23.
32. Dubosc L. Perception du chirurgien-dentiste par des enfants de 4 à 9ans au CHU de Toulouse. [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse. 2021. 116 pages.
33. Xiao H, Xiaoyu F, Jiangang T. Utilisation of dental care service and associated factor among pre-school children in Northwest of China. *AMZ Jour.* 2022 Apr; 24: 3-14.
34. Macy J, Moser E. Factor associated with seeking preventive dental care. *BMC oral health.* 2018 Feb; 18(37): 39-50.
35. Krekmanava L, Sotirianou M, Sabel N. Young patient's self -reported fear compared to professionals' assessments during invasive and non-invasive dental visit. 2022 Jan; 23: 309-15.
36. Carrillo M, Grego A, Armfield J. Treatment experience, frequency of dental visit and children dental fear. *Eur. J. Den.* 2021 Jul; 4(2): 145-58.
37. Maha T, Nourhan M, Atteya S. Parenting practices and oral health behavior of children in rural Egypt: gender differences in a house hold survey. *BMC oral health.* 2022 Jan; 4(4): 350-75.

38. Essi MJ, Oudou N. L'enquête CAP (Connaissances, Attitudes Pratiques) en Recherche Médicale. *Heal. Sci. D.* 2013 Jun; 14(2) :1-3.
39. Aslj T, Tapoter M, Beyza B. Evaluation des sentiments et des attitudes des enfants leur dentiste et leur association avec la santé bucco-dentaire. *ISRN Dent.* 2014 Mar; 13(5):1-4.
40. Tiara K. Etude de l'atteinte carieuse de la dent de 6ans chez les enfants des population déplacés de Bamako (Faladiès) et de Koulikoro. [Thèse d'exercice]. Université de Bamako.2021. 98 pages.
41. Pouyet M. Les effets de l'estime de soi sur les performances orthographiques chez les élèves de CE1 et de CM1. (2021). [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse. 2021. 108 pages.
42. Baron C. Statista. Nombre moyen d'enfant par femme au Cameroun entre 2007-2017. [En ligne]. 2019 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur : [/www.bing.com/search?q=taux+de+fécondité+au+Cameroun&form=ANNTH1&refig=d894077caa0340e68af86ea7265a89/www.bing.com/search?q=taux+de+fécondité+au+Cameroun&form=ANNTH1&refig=d894077caa0340e68af86ea7265a89e3e3](http://www.bing.com/search?q=taux+de+fécondité+au+Cameroun&form=ANNTH1&refig=d894077caa0340e68af86ea7265a89/www.bing.com/search?q=taux+de+fécondité+au+Cameroun&form=ANNTH1&refig=d894077caa0340e68af86ea7265a89e3e3).
43. Fournier M, Commaille J, Villoc M. De la famille en Europe. *Cairn info.* 2021 Mar; 52:41-4.
44. Jungle A. Perception du chirurgien dentiste, facteurs d'anxiété et déroulement des soins, étude clinique chez des enfants de 6 à 10 ans. [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine, 2018. 111 pages.
45. Ngon O. Cameroun Santé bucco-dentaire: 91% d'enfants de 6 à 12 ans sont atteints de caries dentaires au Cameroun. [En ligne]. 2017 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.cameroon-info.net/article/cameroun-sante-bucco-dentaire-91-denfants-de-6-a-12-ans-sont-atteints-de-caries-306567.htm> Cameroon - Santé bucco-dentaire: 91% d'enfants de 6 à 12 ans sont atteints de caries dentaires au Cameroun
46. Denis R. Les déterminants du recours à l'automédications. *Rev. Fr. aff. Soc.*1 :81-94.
47. Larramendy S, Fleuret S. Automédication : l'influence du contexte local dans les perceptions et pratiques des médecins généralistes. *Open J.* 2015 Nov; 35(1): 5-69.
48. Thomas P, Hazif M. L'empathie et le sens de la relation dans le soin. *NPG.* 2022 Mai; 22(128): 72-81.
49. Kelem M. Evaluation de l'anxiété des patient en consultation d'odontostomatologie dans trois hopitaux de Yaoundé. [Thèse d'exercice]. FMSB. 2016. 115 pages.
50. Ghazelth M. Anxieté des parents adultes au cabinet dentaire. [Thèse d'exercice]. Université Cote d'Azur. 2020. 117 pages.
51. Grassin M, Wanquet T, Pascale W. Prévention des douleurs liées aux soins : la noblesse du geste. *Eur. J. Dent.* 2016, 17(6): 311-4.
52. Chasmpenoi, L. La dentisterie micro-invasive: concept ART en odontologie pédiatrique. [Thèse de doctorat]. Université de Lorraine. 2020. 114 pages.
53. Savim M, Bakayoko L, Koffi A. Douleur en stomatologie chez l'enfant. *Rev. Col. Odonto-Stomatol.* 2012 Mai; 19(2): 35-9.
54. Mendomo E, Bengono G, Ngono E, Toham K. Les causes tardives des consultations en odontostomatologie au CHU de Yaoundé. *Odontostomatol. Trop.* 2001 Aug; 94 :11-4.

55. Denis K, Luckerhoff J, Guillemette F. Introduction: les approches inductives en anthropologie. *Issn J*. 2015 Nov; 2(2): 1–14.
56. Auteur Importance de la famille dans le développement des enfants [En ligne]. 2019 [cité le 07 juin 2022]. Disponible sur: <https://amelioresetasante.com/limportance-de-la-famille-dans-le-developpement-des-enfants/>

ANNEXES

Annexe 1 : Clairance éthique de la FMSB

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I ----- FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES ----- COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224 Email: decanatfmsb@hotmail.com		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I ----- FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES ----- INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD																				
Ref. : N° <u>MO</u> /UY1/FMSB/VIDRC/DAASR/CSD																						
<h2 style="margin: 0;">CLAIRANCE ÉTHIQUE</h2>																						
Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné 20 AVR 2021																						
La demande de la clairance éthique soumise par :																						
M.Mme : NGA EBODE ANNIE TATIANA	Matricule: 15M214																					
Travaillant sous la direction de :																						
<ul style="list-style-type: none"> • Pr ESSI Marie-José • Dr LOWE Michèle 																						
Concernant le projet de recherche intitulé : EVALUATION DE LA PERCEPTION DU CHIRURGIEN DENTISTE PAR LES ENFANTS DE YAOUNDE																						
Les principales observations sont les suivantes																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Evaluation scientifique</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Equilibre des risques et des bénéfices</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respect du consentement libre et éclairé</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respect de la justice dans le choix des sujets</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Respect des personnes vulnérables :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestion des compensations financières des sujets</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur</td> <td></td> </tr> </table>			Evaluation scientifique		Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale		Equilibre des risques et des bénéfices		Respect du consentement libre et éclairé		Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :		Respect de la justice dans le choix des sujets		Respect des personnes vulnérables :		Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages		Gestion des compensations financières des sujets		Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	
Evaluation scientifique																						
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale																						
Equilibre des risques et des bénéfices																						
Respect du consentement libre et éclairé																						
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :																						
Respect de la justice dans le choix des sujets																						
Respect des personnes vulnérables :																						
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages																						
Gestion des compensations financières des sujets																						
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur																						
Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.																						
L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit																						
<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>LE PRÉSIDENT DU COMITE ETHIQUE</p>  </div> <div style="margin-left: 20px;">  </div> </div>																						

Annexe 2 : Demande d'autorisation

Annexe3 : Autorisation de recherche à 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 .Tel./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:hospital_biyemassi@yahoo.fr
---	---	--

N° 69 /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 Madame **NGA EBODE Annie Tatiana**, étudiante en 7^{ème} année Médecine bucco-dentaire à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, dont le thème porte sur : « *Evaluation de la perception du chirurgien-dentiste par les enfants de Yaoundé.* ».

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

Yaoundé, le **28 JAN 2022**

Le Directeur

Dr. Daniel Ekoua
 Médecin - Cardiologue



Annexe 4 : Autorisation de recherche à la clinique saint Hilaire

Annexe 5 : Autorisation de recherche à l'Ecole Publique de Bastos

NGA EBODE Annie Tatiana
 FMSB/UY1
 Etudiante en 7ème Année
 Médecine bucco-dentaire
 15M214
 tatiana.nga@fmsb-uy1.cm
 655 655 067

Yaoundé le 14 Janvier 2022

*Mesdames et messieurs les
 Directeurs du Complexe scolaire
 de Bastos (GBPS & EPF)
 BY accueillir favorablement
 cette étudiante.*

À
 Monsieur le Directeur de l'Ecole
 Publique de Bastos
 Yaoundé-

Objet : Demande d'autorisation de recherche

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute bienveillance solliciter l'obtention d'une autorisation pour mes travaux de recherche en vue de la rédaction d'une thèse, que je soutiendrais publiquement pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine Buccodentaire.

En effet, je suis étudiante en septième année Médecine buccodentaire à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I et je souhaiterai mener une étude dans votre établissement scolaire : « **Evaluation de la perception du chirurgien dentiste par les enfants de Yaoundé** ». Ce travail est dirigé par le Pr Marie-José ESSI (Anthropologie médiale) et Dr Michèle LOWE (Pédodontiste).

En espérant que ma demande sera prise en considération, je vous prie Monsieur le Directeur, d'accepter l'expression de mes salutations distinguées.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire du protocole simplifié de thèse rédigé à cet effet et une lettre de recommandation.

NGA EBODE Annie Tatiana

*Dr. Michèle LOWE ABISSEQUE
 Médecin Dentiste - Pédodontiste
 D.N.C.M. N° 21*



Annexe 6 : Autorisation de recherche au Complexe Scolaire Bilingue Thecla

Annexe 7 : Autorisation de recherche au Complexe Scolaire Trilingue_Tiama

Annexe 8 : Fiche d'information**Annexe 8.1 : version française****FICHE D'INFORMATION**

Titre de l'étude : « évaluation perception du chirurgien dentiste par les enfants de Yaoundé »

Investigateur : NGA EBODE ANNIE TATIANA, étudiante en 7^e année d'étude médicale filière odontostomatologie à la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I. Tel : 655655067 ; Email : tatiana.nga@fmsb-uy1.cm

Directrice : Pr ESSI Marie-José

Co-directeur : Dr LOWE Michèle

Intérêt de l'étude : Cette recherche permettra d'avoir des données sur la perception qu'ont les enfants du chirurgien dentiste de plus d'améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de cette population.

Durée de l'étude : 9mois, de septembre 2021 à juin 2022.

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

Procédure : si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondrez à un questionnaire en rapport avec les thérapeutiques buccodentaires. La réponse aux questions prendra environ 15 minutes.

Éthique et confidentialité : Tous les renseignements obtenus resteront strictement confidentiels. Nos questionnaires seront anonymes afin de préserver l'intégrité du répondant. Vous avez la liberté de choisir ou non de participer à l'étude, sans aucun risque préjudiciable sur votre travail, vous êtes libres de quitter cette étude à tout moment lorsque vous l'aurez décidé.

Annexe 8.2 : Version anglaise

Annexe 9 : Formulaire de consentement éclairé**Annexe 9.1 : Version française****FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Je soussigné, Mr, Mme, Mlle _____ accepte librement et volontairement de participer à l'étude médicale intitulée : « **évaluation de la perception du chirurgien dentiste par les enfants de Yaoundé** » Étant entendu que :

- L'investigateur m'a informé et a répondu à toutes mes questions ;
- L'investigateur m'a précisé que ma participation est libre, et que mon droit de retrait de cette recherche peut s'effectuer à tout moment ;
- Les résultats obtenus seront gardés secrets par toute l'équipe impliquée dans cette étude ;
- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse soutenue publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fais-le ____ / ____ / 2022 à Yaoundé.

Je vous remercie.

Signature de l'investigateur

Signature du parent

Annexe 9.2 : Version anglaise

Annexe10 : Questionnaire de recherche**Annexe 10.1 : version française****Thème : Evaluation de la perception du chirurgien-dentiste par les enfants de Yaoundé****Site :****Date :****Section 0: Données socio-démographiques**

- S0Q01 **Sexe:** 1- Féminin 2- Masculin
- S0Q02 **Age:** 1- [5 -7[ans 2- [7 – 9[ans 3- [9 -11] ans
- S0Q03 **Classe:** 1- Maternelle 2- SiL- CP 3- CE1-CE2 4- CM1-CM2
- S0Q04 **Réligion:** 1- Christianisme 2- Islam 3- Autres
- S0Q05 **Nationalité:** 1- Camerounaise 2 -Autres
- S0Q06 **Type de famille:** 1- Famille monoparentale 2- Famille biparentale
- S0Q07 **Fratrie Nombre d'enfants:** 1- Enfant unique 2- [2-4] 3- [4-6] 4- plus de 6...
- S0Q08 **Position dans la fratrie:** 1- Aîné 2- Cadet 3- Intermédiaire 4- Benjamin

SECTION 1: Connaissances

- S1Q01 Selon toi, quelles sont les maladies que l'on peut avoir dans la bouche? 1- La carie dentaire 2-Les dents qui poussent en désordre 3-Les dents qui bougent 4-Autres**
- S1Q02 Qu'est ce qui peut en être la cause? 1-Les bactéries 2-La mauvaise hygiène bucco-dentaire 3-Les sucreries 2 -Autres**
- S1Q03 Que peut-on faire pour les éviter? 1- Se brosser régulièrement les dents 2- Eviter les sucreries 3- Voir souvent le dentis 4 -Autres**
- S1Q04 Que faire lorsqu'on a une maladie de la bouche? 1- Aller voir un dentiste 2-Boire les médicaments 3-Informe les parents 4- Autres**
- S1Q05 Selon toi qu'est-ce qu'un dentiste? 1- Le docteur des dents 2- Le docteur des maladies 3-Le docteur des enfants4- Autres**
- S1Q06 Quel est son rôle ? 1-Il soigne les dents 2- Il soigne les maladies de la bouche 3- Il arrache les dents 4- Autres**
- S1Q07 Selon toi, quand est ce qu'on va le rencontrer ? 1- Lorsque la dent fait mal 2-Pour savoir si la bouche est en bonne santé 3-Lorque les dents poussent 4- Autres**
- S1Q08 Quels sont les actes qu'il peut poser ? 1- Fermer le trou des dents 2- Nettoyer la bouche 3- Arracher les dents 4-Autres**
- S1Q09 Comment connais-tu toutes ces informations liées au dentiste et aux maladies de la bouche ? 1- Mes visites chez le dentiste 2- La télévision / Les réseaux sociaux 3- Les cours d'hygiènes à l'école 4- Entourages**

SECTION 2 : Attitude

- S2Q01 Comment t'es-tu senti (e) lorsque tu étais dans la salle d'attente ? 1- J'avais peur 2- J'étais enthousiaste 3- J'étais indifférent (e) 4- Autres**
- S2Q01A Si peur, pourquoi ? 1- Les pleurs dans la salle des soins 2- Le bruits des instruments 3- Les autres malades 4-Autres**
- S2Q02B Si enthousiasme, pourquoi ? 1- Accueil chaleureux 2- Distractions 3- Soutien parental 4- Autres**

- S2Q03** *Sais-tu comment s'appelle ton dentiste ?* 1- Oui 2- Non
- S2Q03A** *Si oui, comment s'appelle-t-il ?* _____
Si non, pourquoi ?
- S2Q03B** 1-Il ne m'a pas donné son nom 2- Je ne m'en souviens plus
 3- ça ne m'intéresse pas 4-Autres _____
- S2Q04** *Comment était-il physiquement ?* 1-Beau / Belle 2- Jeune / Agé 3-
 Gros / Mince 4-Autres _____
- S2Q05** *Comment était-il habillé ?* 1-En blouse blanche 2- En blouse colorée
 3-En blouse fleurie 4- Pas de blouse
- S2Q06** *Le dentiste est-il une personne gentille ?* 1-Oui bien sûr 2- Un peu 3-
 Ne sais pas 4-Pas du tout
- S2Q06A** *Si oui, pourquoi ?* 1-Il est souriant 2-Il est drôle 3-
 Il donne des cadeaux 4-Autres _____
- S2Q06B** *Si un peu, pourquoi ?*
 1-Il sourit, mais il fait des piqûres 2- Il est gentil, mais c'est un
 menteur 3-Il montre son vrai
 visage quand il travaille 4- Autres _____
- S2Q06C** *Si non, pourquoi ?* 1-Il est grincheux 2-Il n'est pas patient 3-
 Il gronde 4-Autres _____
- S2Q07** *Comment aimes-tu que le dentiste se comporte avec toi ?*
 1- Qu'il fasse des compliments 2- Qu'il me rassure
 3- Qu'il m'encourage 4- Autres _____
- S2Q08** *Comment as-tu trouvé la salle des soins ?* 1- Jolie 2-Pas très jolie 3-
 Spacieux 4-Autres _____
- S2Q09** *Connais-tu le nom des instruments que le dentiste a utilisé ?* 1-Oui 2-
 Non 3-Pas vraiment 4-Autres _____
- S2Q09A** *Si oui, lesquels ?* 1-La turbine 2- La seringue 3-
 Le pistolet à eau / à air 4 -Autres _____
- S2Q10** *Est-ce que tu aimes les instruments que le dentiste a utilisé pour te*
soigner ? 1-Oui 2- Non 3- Juste quelques-uns 4-
 Autres _____
- S2Q10A** *Si non, pourquoi ?* 1- parce que ça fait du bruit 2-
 parce que ça arrache les dents 3- Parce que ça pique
 4- Autres _____
- S2Q11** *Lorsque tu étais chez le dentiste que t'a t'il fait ?*
 1-Il a juste regardé ma bouche 2-Il a fermé le trou de ma dent
 3- Il a arraché ma dent 4- Autres _____
- S2Q12** *Comment aimes-tu que le dentiste se comporte avec toi durant les soins ?*
 1-Qu'il m'explique ce qu'il fait 2- Qu'il me montre ce qu'il fait 3- Qu'il
 ne dise rien et travaille juste 4- Autres _____
- S2Q13** *Est-ce que tu aimes le dentiste ?* 1- Oui bien sûr 2-Un peu 3-
 Ne sais pas 4-Pas du tout
- S2Q13A** *Si oui, pourquoi ?* 1-Le dentiste est beau /belle 2- Le dentiste est mon ami
 3-Le dentiste fait des cadeaux 4- Autres _____
- S2Q13B** *Si non, pourquoi ?* 1- Le dentiste gronde 2- Le dentiste fait peur 3-
 Il fait des piqûres 4-Autres _____
- SECTION 3 : Pratiques**
- S3Q01** *Pourquoi as-tu rencontré le dentiste ?* 1- parce que ma dent faisait mal
 2- Parce que ma dent bougeait 3- parce que j'avais un rendez-vous
 4- Autres _____
- S3Q02** *Quelle était ta réaction durant les soins ?* 1- Je pleurais 2-
 J'étais calme 3-J'étais apeuré (e) 4- Autres _____
- S3Q03** *Comment t'es-tu senti lorsque tu savais que tu devais voir le dentiste ?*
 1- J'étais en colère 2- j'étais content (e) 3-j'avais
 peur 4- Autres _____

- S3Q03A** *Si colère, pourquoi ?* 1- Je ne l'aime pas 2- Il n'est pas gentil 3- il fait des piqûres 4- Autres _____
- S3Q03B** *Si enthousiasme, pourquoi ?* 1- Les cadeaux du dentiste 2- La récompense des parents après les soins 3- les distraction aux cabinets 4- Autres _____
- S3Q03C** *Si peur, pourquoi ?* 1- Les informations reçues de mon entourages 2- Qu'on arrache ma /toutes mes dents 3- Que l'expérience soit douloureuse 4- Autres _____
- S3Q04** *Comment t'es-tu senti après les soins ?* 1-j'étais rassuré(e) 2- j'étais soulagé(e) 3- J'étais contrarié(é) 4 -Autres _____
- S3Q04A** *Si rassuré (e), pourquoi ?* 1- Soutien parental 2- Encouragement du dentiste 3- Mes appréhensions étaient fausses 4- Autres _____
- S3Q04B** *Si soulagé (e), pourquoi ?* 1- Je n'avais plus mal 2- Je n'avais plus peur 3 -Mes appréhensions étaient fausses 4-Autres _____
- S3Q04C** *Si contrarié (e) pourquoi ?* 1- J'avais mal 2-Le dentiste m'a menti 3- Le dentiste m'a grondé 4- Autres _____
- S3Q05** *Qui t'as accompagné chez le dentiste ?* 1- Un de mes parents 2- Mes aînés 3- La ménagère 4- Ne sais pas
- S3Q06** *A-t-il assisté lorsque le dentiste a travaillé dans ta bouche ?* 1- Oui 2- Pas toute la séance 3- Non 4- Autres _____
- S3Q06A** *Pourquoi pas durant toute la séance ?* 1-le dentiste l'a chassé 2- Il ne supportait pas mes pleurs 3 -Il avait peur 4-Autres _____
- S3Q06B** *Si non, aurais-tu aimé qu'il soit présent ?* 1-Oui 2- Non 3- Juste un peu 4-autres _____
- S3Q07** *Qu'est-ce que tu as le plus aimé durant ta visite ?* 1- M'asseoir sur le fauteuil 2- Discuter avec le dentiste 3- Rien du tout 4- Autres _____
- S3Q08** *Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ?* 1- La piqûre 2- Le bruit des instruments 3- Garder la bouche ouverte trop longtemps 4 -Autres _____

SECTION 4 : AttentesVis-à-Vis du chirurgien dentiste:**S4Q01** _____Vis-à-Vis du cabinet:**S4Q02** _____Vis-à-Vis des parents:**S4Q03** _____**SECTION 0 : Données sociodémographiques****S0Q01** Sex: 1. Female 2. Male

S0Q02	<input type="checkbox"/>
S0Q03	<input type="checkbox"/>
S0Q04	<input type="checkbox"/>
S0Q05	<input type="checkbox"/>
S0Q06	<input type="checkbox"/>
S0Q07	<input type="checkbox"/>
S0Q08	<input type="checkbox"/>

SECTION 1 : Connaissances

	<i>Selon toi, quelles sont les maladies que l'on peut avoir dans la bouche ?</i>			
S1Q01	1- La carie dentaire	2- Les dents qui poussent en désordre	3- Les dents qui bougent	<input type="checkbox"/>
			4- Autres _____	
	<i>Qu'est ce qui peut en être la cause ?</i>			
S1Q02	1- Les bactéries	2- La mauvaise hygiène bucco-dentaire	3- Les sucreries	<input type="checkbox"/>
			4- Autres _____	
	<i>Que peut-on faire pour les éviter ?</i>			
S1Q03	1- Se brosser régulièrement les dents	2- Eviter les sucreries		<input type="checkbox"/>
	3- Voir souvent le dentiste	4- Autres _____		
	<i>Que faire lorsqu'on a une maladie de la bouche ?</i>			
S1Q04	1- Aller voir un dentiste	2- Boire des médicaments		<input type="checkbox"/>
	3- Informer les parents	4- Autres _____		
	<i>Selon toi qu'est-ce qu'un dentiste ?</i>			
S1Q05	1- Le docteur des dents	2- Le docteur des maladies de la bouche	3- Le docteur des enfants	<input type="checkbox"/>
			4- Autres _____	
	<i>Quel est son rôle ?</i>			
S1Q06	1- Il soigne les dents	2- Il soigne les maladies de la bouche		<input type="checkbox"/>
	3- Il arrache les dents	4- Autres _____		
	<i>Selon toi, quand est ce qu'on va le rencontrer ?</i>			
S1Q07	1- Lorsque la dent fait mal	2- Pour savoir si la bouche est en bonne santé	3- Lorsque les dents poussent	<input type="checkbox"/>
			4- Autres _____	
	<i>Quels sont les actes qu'il peut poser ?</i>			
S1Q08	1- Fermer le trou des dents	2- Nettoyer la bouche		<input type="checkbox"/>
	3- Arracher les dents	4- Autres _____		
	<i>Comment connais-tu toutes ces informations liées au dentiste et aux maladies de la bouche ?</i>			
S1Q09	1- Mes visites chez le dentiste	2- La télévision / Les réseaux sociaux		<input type="checkbox"/>
	3- Les cours d'hygiène à l'école	4- Entourages		

SECTION 2 : Attitude

	<i>Comment t'es-tu senti (e) lorsque tu étais dans la salle d'attente ?</i>			
S2Q01	1- J'avais peur	2- J'étais enthousiaste	3- J'étais indifférent (e)	<input type="checkbox"/>
			4- Autres _____	
	<i>Si peur, pourquoi ?</i>			
S2Q01A	1- Les pleurs dans la salle des soins	2- Le bruits des instruments		<input type="checkbox"/>
	3- Les autres malades	4- Autres _____		
	<i>Si enthousiasme, pourquoi ?</i>			
S2Q02B	1- Accueil chaleureux	2- Distractions		<input type="checkbox"/>
	3- Soutien parental	4- Autres _____		
S2Q03	Sais-tu comment s'appelle ton dentiste ?	1- Oui	2- Non	<input type="checkbox"/>
S2Q03A	Si oui, comment s'appelle-t-il ? _____			<input type="checkbox"/>
	<i>Si non, pourquoi ?</i>			
S2Q03B	1- Il ne m'a pas donné son nom	2- Je ne m'en souviens plus		<input type="checkbox"/>
	3- Ça ne m'intéresse pas	4- Autres _____		

- S2Q04** *Comment était-il physiquement ?* 1- Beau / Belle 2- Jeune / Agé 3- Gros / Mince 4- Autres _____
- S2Q05** *Comment était-il habillé ?* 1- En blouse blanche 2- En blouse colorée 3- En blouse fleurie 4- Pas de blouse
- S2Q06** *Le dentiste est-il une personne gentille ?* 1- Oui bien sûr 2- Un peu 3- Ne sais pas 4- Pas du tout
- S2Q06A** *Si oui, pourquoi ?* 1- Il est souriant 2- Il est drôle 3- Il donne des cadeaux 4- Autres _____
- S2Q06B** *Si un peu, pourquoi ?* 1- Il sourit, mais il fait des piqûres 2- Il est gentil, mais c'est un menteur 3- Il montre son vrai visage quand il travaille 4- Autres _____
- S2Q06C** *Si non, pourquoi ?* 1- Il est grincheux 2- Il n'est pas patient 3- Il gronde 4- Autres _____
- S2Q07** *Comment aimes-tu que le dentiste se comporte avec toi ?* 1- Qu'il fasse des compliments 2- Qu'il me rassure 3- Qu'il m'encourage 4- Autres _____
- S2Q08** *Comment as-tu trouvé la salle des soins ?* 1- Jolie 2- Pas très jolie 3- Spacieux 4- Autres _____
- S2Q09** *Connais-tu le nom des instruments que le dentiste a utilisé ?* 1- Oui 2- Non 3- Pas vraiment 4- Autres _____
- S2Q09A** *Si oui, lesquels ?* 1- La turbine 2- La seringue 3- Le pistolet à eau / à air 4- Autres _____
- S2Q10** *Est-ce que tu aimes les instruments que le dentiste a utilisé pour te soigner ?* 1- Oui 2- Non 3- Juste quelques-uns 4- Autres _____
- S2Q10A** *Si non, pourquoi ?* 1- parce que ça fait du bruit 2- parce que ça arrache les dents 3- Parce que ça pique 4- Autres _____
- S2Q11** *Lorsque tu étais chez le dentiste que t'a t'il fait ?* 1- Il a juste regardé ma bouche 2- Il a fermé le trou de ma dent 3- Il a arraché ma dent 4- Autres _____
- S2Q12** *Comment aimes-tu que le dentiste se comporte avec toi durant les soins ?* 1- Qu'il m'explique ce qu'il fait 2- Qu'il me montre ce qu'il fait 3- Qu'il ne dise rien et travaille juste 4- Autres _____
- S2Q13** *Est-ce que tu aimes le dentiste ?* 1- Oui bien sûr 2- Un peu 3- Ne sais pas 4- Pas du tout
- S2Q13A** *Si oui, pourquoi ?* 1- Le dentiste est beau /belle 2- Le dentiste est mon ami 3- Le dentiste fait des cadeaux 4- Autres _____
- S2Q13B** *Si non, pourquoi ?* 1- Le dentiste gronde 2- Le dentiste fait peur 3- Il fait des piqûres 4- Autres _____

SECTION 3 : Pratiques

- S3Q01** *Pourquoi as-tu rencontré le dentiste ?* 1- parce que ma dent faisait mal 2- Parce que ma dent bougeait 3- parce que j'avais un rendez-vous 4- Autres _____
- S3Q02** *Quelle était ta réaction durant les soins ?* 1- Je pleurais 2- J'étais calme 3- J'étais apeuré (e) 4- Autres _____
- S3Q03** *Comment t'es-tu senti lorsque tu savais que tu devais voir le dentiste ?* 1- J'étais en colère 2- j'étais content (e) 3- j'avais peur 4- Autres _____
- S3Q03A** *Si colère, pourquoi ?* 1- Je ne l'aime pas 2- Il n'est pas gentil 3- il fait des piqûres 4- Autres _____

- S3Q03B** *Si enthousiasme, pourquoi ?* 1- Les cadeaux du dentiste 2- La récompense des parents après les soins 3- les distraction aux cabinets 4- Autres _____ | |
- S3Q03C** *Si peur, pourquoi ?* 1- Les informations reçues de mon entourages 2- Qu'on arrache ma /toutes mes dents 3- Que l'expérience soit douloureuse 4- Autres _____ | |
- S3Q04** *Comment t'es-tu senti après les soins ?* 1-j'étais rassuré(e) 2- j'étais soulagé(e) 3- J'étais contrarié(è) 4 -Autres _____ | |
- S3Q04A** *Si rassuré (e), pourquoi ?* 1- Soutien parental 2- Encouragement du dentiste 3- Mes appréhensions étaient fausses 4- Autres _____ | |
- S3Q04B** *Si soulagé (e), pourquoi ?* 1- Je n'avais plus mal 2- Je n'avais plus peur 3 -Mes appréhensions étaient fausses 4-Autres _____ | |
- S3Q04C** *Si contrarié (e) pourquoi ?* 1- J'avais mal 2-Le dentiste m'a menti 3- Le dentiste m'a grondé 4- Autres _____ | |
- S3Q05** *Qui t'as accompagné chez le dentiste ?* 1- Un de mes parents 2- Mes aînés 3- La ménagère 4- Ne sais pas _____ | |
- S3Q06** *A-t-il assisté lorsque le dentiste a travaillé dans ta bouche ?* 1- Oui 2- Pas toute la séance 3- Non 4- Autres _____ | |
- S3Q06A** *Pourquoi pas durant toute la séance ?* 1-le dentiste l'a chassé 2- Il ne supportait pas mes pleurs 3 -Il avait peur 4-Autres _____ | |
- S3Q06B** *Si non, aurais-tu aimé qu'il soit présent ?* 1-Oui 2- Non 3- Juste un peu 4-autres _____ | |
- S3Q07** *Qu'est-ce que tu as le plus aimé durant ta visite ?* 1- M'asseoir sur le fauteuil 2- Discuter avec le dentiste 3- Rien du tout 4- Autres _____ | |
- S3Q08** *Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ?* 1- La piqûre 2- Le bruit des instruments 3- Garder la bouche ouverte trop longtemps 4 -Autres _____ | |

SECTION 4 : Attentes

- S4Q01** Vis-à-Vis du chirurgien dentiste: _____
- S4Q02** Vis-à-Vis du cabinet: _____
- S4Q03** Vis-à-Vis des parents: _____