

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵔⴰⵎⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD

FACULTE DE MEDECINE

DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

Thème :

Evaluation de la pratique des mesures de l'hygiène bucco-dentaire chez les patients consultant au service de parodontologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen.

Présenté par :

BOUSMAT Assia

HADJ KADDOUR Ikram

Soutenu publiquement en Septembre 2020 devant le jury :

DR KDROUSSI Abdelkader Maître-assistant en parodontologie **Président**

DR BOUDJELLAL Yahia Maître-assistant en OCE **Assesseur**

DR BELBACHIR Nabil Maître-assistant en parodontologie **Assesseur**

DR ZOUAOUI Amel Maître-assistante en parodontologie **Encadreur**

PR CHABNI Nafissa Professeur en épidémiologie **Co-Encadreur**
et médecine préventive

Année universitaire 2019-2020

Résumé

Résumé :

Introduction :

Une hygiène orale rigoureuse est indissociable à la santé bucco-dentaire et par conséquent à l'état de la santé général vu les complications destructives de son absence.

Quelles sont les mesures d'hygiène bucco-dentaire adoptées par nos patients ? Ses mesures sont-elles bien maîtrisées ? C'est pour répondre à ces questions que nous avons décidé de mener cette étude.

Objectif : Evaluer la pratique des mesures d'hygiène bucco-dentaire des patients consultant au service de Parodontologie.

Matériel / Méthodes :

C'est une étude descriptive transversale qui s'est déroulée au service de Parodontologie du CHU-TLEMCEN, sur une durée de six mois permettant l'enrôlement de 134 patients.

Résultats / Discussion :

Dans notre étude, le sexe féminin était le plus représenté à 71%, avec un sex ratio de 0,40. L'extrême d'âge était de 10 à 72ans, la tranche d'âge la plus représentée était [20-30] ans. L'esthétique était le motif de consultation le plus apparent (29,9%).

La majorité de nos patients (47,8%) se brossait les dents deux fois par jour, pendant une minute ou moins, 65,7% ont déclaré avoir un brossage irrégulier, 34,3% changeaient leurs brosses à dents tous les 6mois. L'utilisation des adjuvants, ainsi que le brossage lingual ont été constatés que chez une minorité de notre population.

Notre étude a indiqué la présence d'un lien entre le niveau socio-économique et la fréquence du brossage ($p=0,039$), la méthode de brossage ($p=0,039$), les adjuvants du brossage ($p=0,004$), alors qu'aucun lien n'a été mis en évidence pour les autres paramètres de l'hygiène.

L'utilisation des adjuvants du brossage était influencée que par l'indice de position socio-économique et la fréquence de visite chez le médecin dentiste, avec une relation statistiquement significative ($p=0,004$; $p=0,001$). Le brossage lingual n'était influencé que par l'âge, la relation était statistiquement significative avec $p= 0,017$.

Conclusion :

La majorité de la population étudiée était nettement médiocrement consciente, la pratique des mesures préventives et des compléments de brossage n'était pas optimale. De ce fait nous avons jugé nécessaire de multiplier les campagnes de sensibilisation afin d'améliorer les connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire et de sa pratique.

Mots clés : Hygiène bucco-dentaire, santé bucco-dentaire, motivation.

Abstract:

Introduction:

In Rigorous oral hygiene is inextricably linked to oral health and consequently to the state of general health given the destructive complications of its absence.

What oral hygiene measures do our patients take? Are these measures well controlled? It is to answer these questions that we decided to conduct this study.

Objective: To evaluate the practice of oral hygiene measures of consultant patients in the Periodontology Department.

Material / methods:

This is a cross-sectional descriptive study, which took place at the Periodontology Department of the CHU-TLEMEN, over a period of six months, allowing the enrolment of 134 patients.

Results / Discussion:

In our study, the female sex was the most represented at 71%, with a sex ratio of 0.40. The extreme age range was from 10 to 72 years, with the most represented age group being [20-30] years old. Aesthetics was the most apparent reason for consultation (29,9%).

The majority (47,8%) brushed their teeth twice a day, for one minute or less, 65.7% reported irregular brushing, mainly due to lack of time, 34.3% changed their toothbrushes every 6 months. The use of brushing aids, lingual brushing as well as regular cleaning of the prostheses have been found that in a minority of our population.

Our study indicated an association between socio-economic level and frequency of brushing ($p=0,039$), brushing method ($p=0,039$), brushing aids ($p=0,004$), while no association was found for other hygiene parameters.

The use of brushing aids was influenced only by socioeconomic status index and the frequency of visits to the dentist, with a statistically significant relationship ($p=0,004$; $p=0,001$).

Lingual brushing was only influenced by age, the relationship was statistically significant with $p=0,017$.

Conclusion:

The majority of the population studied was clearly poorly aware, the practice of preventive measures and brushing supplements was not optimal. For this reason, we considered it necessary to increase the number of awareness campaigns in order to improve knowledge of oral hygiene and its practice.

Key words: Oral hygiene, oral health, motivation.

الملخص:

المقدمة:

إن نظافة الفم الجيدة جزء لا يتجزأ من المحافظة على صحة الأسنان وبالتالي صحة الجسم العامة نظرا للمضاعفات الخطيرة الناتجة عن غيابها.

ما هي تدابير نظافة الفم المعتمدة من قبل مرضانا؟ وهل هي متقنة؟ للإجابة على هذه الأسئلة قررنا إجراء هذه الدراسة.

الهدف: تقييم ممارسة تدابير نظافة الفم والأسنان للمرضى الذين يقومون باستشارة طبية على مستوى قسم أمراض اللثة.

المعدات / الطرق:

هي دراسة وصفية مقطعية أجريت على مستوى قسم أمراض اللثة والأنسجة الداعمة للأسنان المركز الاستشفائي الجامعي لولاية تلمسان، على مدى ستة أشهر حيث تم إدخال 134 مريضا.

النتائج / المناقشة:

كان جنس الإناث يمثل الأغلبية، كما تراوح عمر المرضى من 10 إلى 72 سنة حيث كانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلا في دراستنا من 20 إلى 30 سنة. شكل الاعتناء بجمالية الأسنان السبب الأشهر لاستشارة أطباء الأسنان (29,9%).

الأغلبية (47,8%) ينظفون أسنانهم مرتين في اليوم لمدة دقيقة أو أقل، نسبة 65.7% صرحوا بأن هذا التنظيف غير منتظم مبررين ذلك بشكل أساسي بضيق الوقت.

نسبة 34.3% يقومون بتغيير فرشاة أسنانهم كل ستة أشهر كما أن استعمال مكملات تنظيف الأسنان، تنظيف اللسان وكذا الاعتناء بنظافة أطقم الأسنان بانتظام لم تتوفر إلا عند أقلية منهم.

أوضحت دراستنا وجود ارتباط بين المستوى الاجتماعي-الاقتصادي وتواتر تنظيف الأسنان، طريقة تنظيف الأسنان، وكذا استعمال الوسائل المكتملة للتنظيف، بينما لم يتم تسليط الضوء على وجود صلة مع المعلومات الأخرى للنظافة.

لم يتأثر استخدام أدوات المكتملة للتنظيف إلا بالمستوى الاجتماعي-الاقتصادي وتواتر زيارات طبيب الأسنان، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية.

لم يتأثر تنظيف اللسان إلا بالعمر، وكانت العلاقة ذات دلالة إحصائية.

الخاتمة:

كان من الواضح أن غالبية المجتمع المدروس كانوا على دراية سيئة، ولم تكن ممارسة التدابير الوقائية ومكملات التنظيف مثالية. نتيجة لذلك، رأينا أنه من الضروري زيادة حملات التوعية من أجل تحسين المعرفة بنظافة الفم والأسنان وكذا ممارستها.

الكلمات المفتاحية: نظافة الفم والأسنان - صحة الفم والأسنان - تحفيز.

Remerciements

"سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ"

Tout d'abord, le bon dieu, le tout puissant, le très miséricordieux qui nous a permis de mener bien ce travail et voir ce jour que nous attendions tant. DIEU merci pour ça et pour tout le reste.

« Celui qui ne remercie pas les gens ne remercie pas Allah ».

Nous tenons à remercier :

*Notre encadreur **Docteur ZOUAOUI. A,***

Docteur en médecine dentaire

Maitre-assistante en parodontologie

Département de médecine dentaire TLEMCEN

Praticienne hospitalière CHU de TLEMCEN

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la direction de ce mémoire. Travailler à vos côtés est un immense privilège.

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements pour la qualité de votre encadrement exceptionnel, pour votre disponibilité permanente, votre sérieux et votre sens de devoir qui nous ont énormément marquées.

Vos valeurs, votre gentillesse font de vous en plus de votre professionnalisme, une référence de bon sens de compétence. Ce travail est le fruit de vos efforts inlassables et vos orientations pertinentes.

Veillez trouver ici, Chère Maître, l'expression de notre très haute considération et notre profonde reconnaissance.

*A notre Co-encadreur de mémoire **Professeur CHABNI. N,***

Professeur en épidémiologie et médecine préventive.

Praticienne hospitalière CHU de TLEMCEM

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir codiriger ce mémoire.

Une enseignante unique dans son genre, nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Merci pour les conseils que vous nous avez prodigués, merci pour votre gentillesse incontestable. Toute notre gratitude à votre illustre personne.

Veillez trouver ici, Chère professeur, l'expression de notre éternelle reconnaissance, et l'assurance de nos sentiments respectueux.

*A notre président de jury **Docteur KDROUSSI. A,***

Docteur en médecine dentaire

Maître-assistant en parodontologie

Département de médecine dentaire TLEMCEM

Praticien hospitalier CHU de TLEMCEM

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de ce mémoire.

Nous gardons de vous l'image du maître aux qualités humaines inestimables, nous avons été toujours touchés par votre bienveillance et votre sympathie.

Votre extrême gentillesse envers les étudiants ainsi que votre respect pour votre travail nous sont un grand exemple et font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Veillez croire, Cher Maître, à l'assurance de notre sincère gratitude et notre haute considération.

*A notre jury de mémoire : **Docteur BOUDJELLAL.Y,***

Docteur en médecine dentaire

Maitre-assistant en odontologie conservatrice endodontique

Département de médecine dentaire TLEMCEN

Praticien hospitalier CHU de TLEMCEN

Honorable maître, Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de siéger parmi notre jury de mémoire.

Merci pour le savoir que vous nous avez transmis, nous avons grandement apprécié votre passion pour l'enseignement.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour la profession ont toujours forcé notre admiration, nous prions Dieu afin plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de vos connaissances immenses.

Veillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de notre respectueuse gratitude, et notre grande estime.

*A notre enseignant et juge **Docteur BELBACHIR. N,***

Docteur en médecine dentaire

Maitre-assistant en parodontologie

Département de médecine dentaire TLEMCEM

Praticien hospitalier CHU de TLEMCEM

Vous nous accordez un très grand honneur d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous avons été impressionnées par votre personne tout au long de notre cursus. Votre modestie, votre disponibilité, vos précieux conseils, votre conscience professionnelle et votre sens élevé d'humanisme forcent le respect.

Nous avons eu la chance de vous avoir comme enseignant et encadrant de stages cliniques, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un maître exceptionnel.

Nous vous prions, Cher Maître, de bien vouloir accepter l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Nous vous restons à jamais reconnaissantes.

MERCI À TOUS POUR TOUT.

Dédicaces

À la mémoire de mon cher papa Mostepha, l'homme au cœur tendre, fort et courageux ; le jour que tu as souhaité tant voir est arrivé mais le tout-puissant, le seul décideur a voulu autrement...Nulle dédicace ne pourrait exprimer mes sentiments, tu étais et tu resteras pour moi ma référence, mon plus haut exemple, et mon modèle de persévérance, je te dois tout ce que je suis et ce que j'espère devenir. J'implore Dieu, tout-puissant de t'accorder sa miséricorde et t'accueillir dans son vaste paradis. Je t'aime très fort.

À ma très chère mère Zaoui Fatima, la source de tendresse et l'exemple du dévouement, qui n'a jamais cessé de m'encourager, aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Ta bénédiction et tes longues prières m'ont aidée à surmonter toutes les impasses de ma vie. Puisse Dieu, tout-puissant, te préserver du mal et t'accorder de santé, de bonheur et te procurer une longue vie.

À mes frères Mohamed et Zakaria, à ma sœur Aicha et son époux, et à ma petite sœur Hind, merci pour votre affection si sincère, votre aide inestimable, votre précieux soutien, votre compréhension et vos encouragements dont vous avez toujours fait preuve. Que Dieu, vous protège et vous aide à réaliser vos vœux les plus chers.

À mes neveux, Oussama, Ilyes et mes nièces, Ines et Noursine ; l'amour de ma vie, je vous souhaite un avenir plein de joie, de réussite et de sérénité.

À mon binôme, Hadj kaddour Ikram, pour l'amitié sincère et l'affection profonde que nous partageons, pour tous les moments heureux que nous avons passés ensemble, je te souhaite un projet de vie brillant et je ne doute jamais de ton courage, ta sagesse et ta patience. Tu as toujours su être à mes côtés, m'écouter, m'entourer d'amour et d'affection. Ton amitié est une véritable chance, ma sœur de cœur, continue d'être toi-même.

À mes chères amies, Driss Sara, Hasnaoui Hadjer, Louiz Niama dont l'amitié ne m'a jamais fait défaut. Je n'oublierai jamais le moindre soutien moral. Merci pour votre sollicitude, votre compréhension et votre générosité de cœur, je vous souhaite un avenir à la hauteur de vos ambitions. Que notre amitié dure.

*Je tiens à remercier profondément l'ensemble du personnel du service de PCB, pour leur sympathie, leur bonne humeur et l'environnement de travail très chaleureux dans lequel j'ai travaillé, j'ai énormément appris pendant cette période, et je garderai de super souvenirs de la très bonne ambiance, vous êtes le modèle à suivre dans notre profession, plus particulièrement, **Dr ABDRABBI, Dr KHOUANI, Dr MEZIANE, et tous les résidents.***

À tous les enseignants qui m'ont instruit, en particulier à celles et à ceux qui m'ont appris à lire, à communiquer, et à penser et dont les noms ne figurent malheureusement pas sur ces pages... Une infinie reconnaissance ;

À toutes les personnes qui m'aiment... À moi-même.

BOUSMAT Assia

Je dédie ce modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

À la mémoire de ma chère grand-mère : *Ton âme s'est envolée vers nouveaux cieux, tu as été une merveilleuse femme, une belle âme, un cadeau du ciel pour nous, une grande dame. Aujourd'hui, pour toi nous avons des larmes pleins les yeux, intense souvenirs ! A ton absence je ne peux m'habituer, mille prières, mille lumières t'éclairent là où tu es, tu as été si généreuse, emplie de tendresse et de douceur, que dieu t'accueille dans son vaste paradis ma chère, on ne t'oubliera jamais. Je t'aime Omi.*

À mes très chers parents : *Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit, Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études, d'avoir supporté mes moments de panique et surtout d'avoir cru en moi. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain. Que Dieu vous préserve, vous accorde santé, bonheur et vous protège de tout mal. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour vous, recevez ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime.*

À mon cher frère « Dr. ABDELGHANI » : *Secret de ma force, Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de tes sacrifices, tu étais, tu es et tu seras toujours mon exemple éternel, qui m'a toujours poussé et motivé dans mes études, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, le grand plaisir te revient en premier lieu pour tes conseils, aides, et encouragements. En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde reconnaissance, je te souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu te bénisse. Tu es un « homme unique » je suis très chanceuse d'être ta sœur. Merci énormément cher frère.*

À ma chère sœur : *« ma perle précieuse », Merci pour ton soutien infini et ton aide incessante, à qui je souhaite un meilleur avenir, que Dieu réalisera tes rêves incha-Allah.*

À mon binôme : BOUSMAT Assia, *« mon ange », les mots m'échappent, je n'arrive pas à décrire mes sentiments, te connaître était la meilleure chose qui m'est arrivé durant mon cursus universitaire, Merci pour tous les moments partagés, les bonnes comme les mauvaises, t'es la source de mon bonheur, la seule qui pouvait me remonter le moral, t'étais capable à lire mes pensées, on est tellement connectées au point que les gens pensaient que nous étions sœurs et ça m'a fait un grand plaisir. Je remercie dieu qui m'a donné cette occasion pour te connaître et je le prie pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.*

À mes chères amies : *HASNAOUI Hadjer, DRISS Sara, SEBIH Asma, LOUIZ Neema, j'ai appris tellement de choses de vous, Merci pour les moments partagés, Merci pour vos services. Que dieu vous offre toute la joie et la réussite que vous méritez.*

À mes exemples : *Dr BELBACHIR, Dr KHOUANI, Dr ABDERABI, Dr CHABANE SARI, Dr DERRAR et tous les résidents du service de Pathologie bucco-dentaire, vous nous en avez appris beaucoup que dieu vous bénisse.*

À tous ceux qui me sont chères ;

HADJ KADDOUR Ikram.

Tables des matières

Résumé	i
Remerciements	iv
Dédicaces	ix
Tables des matières	xi
Liste des abréviations	xxi
Liste des tableaux	xxiii
Liste des figures	xxiv
Introduction - Problématique	- 1 -
Revue de la Littérature	- 2 -
CHAPITRE I : L'ÉCOSYSTÈME BUCCAL	- 2 -
1. L'ÉCOSYSTÈME BUCCAL :	- 2 -
1.1 DÉFINITION :	- 2 -
1.2 CONSTITUANTS :	- 2 -
1.2.1 LA SALIVE :	- 2 -
1.2.2 LE FLUIDE GINGIVAL :	- 2 -
1.2.3 LA MUQUEUSE BUCCALE :	- 3 -
1.2.4 L'ORGANE DENTAIRE :	- 3 -
1.2.4.1 Définition :	- 3 -
1.2.4.2 L'odonte :	- 4 -
1.2.4.3 Le parodonte :	- 4 -
1.2.4.3.1 La gencive :	- 4 -
1.2.4.3.2 L'os alvéolaire :	- 4 -
1.2.4.3.3 Le ligament parodontal :	- 5 -
1.2.4.3.4 Le cément :	- 5 -
2. L'ÉCOSYSTEME BACTÉRIEN :	- 5 -
CHAPITRE II : PRINCIPALES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES	6
1. LA CARIE DENTAIRE :	- 6 -
1.1 DÉFINITION :	- 6 -
1.2 ÉTIOPATHOGÉNIE :	- 6 -
1.2.1 ÉTIOLOGIES :	- 6 -
1.2.1.1 D'ordre général :	- 6 -
1.2.1.2 D'ordre local :	- 6 -

1.2.1.2.1	Bactéries :.....	- 6 -
1.2.1.2.2	Hôte (la dent) :.....	- 6 -
1.2.1.2.3	L'alimentation :.....	- 6 -
1.2.1.2.4	Le temps :.....	- 6 -
1.2.2	PATHOGÉNIE :.....	- 6 -
1.2.2.1	Dynamique du processus carieux :.....	- 6 -
1.2.2.2	Mécanismes physico-chimiques de la carie :.....	- 7 -
1.2.2.2.1	Déminéralisation :.....	- 7 -
1.2.2.2.2	Reminéralisation :.....	- 7 -
1.3	SÉMIOLOGIE :.....	- 7 -
1.4	DIAGNOSTIC :.....	- 7 -
1.5	CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE :.....	- 8 -
1.5.1	CLASSIFICATION DE SISTA :.....	- 8 -
1.6	COMPLICATIONS :.....	- 8 -
2.	LA MALADIE PARODONTALE :.....	- 9 -
2.1	DÉFINITION :.....	- 9 -
2.1.1	GINGIVITE :.....	- 9 -
2.1.2	PARODONTITE :.....	- 9 -
2.2	ÉTIOPATHOGÉNIE :.....	- 9 -
2.2.1	ÉTIOLOGIES :.....	- 9 -
2.2.1.1	Biofilm :.....	- 9 -
2.2.1.2	Facteurs de risque :.....	- 10 -
2.2.1.2.1	Locaux :.....	- 10 -
2.2.1.2.2	Généraux :.....	- 10 -
2.2.1.2.2.1	Non modifiables :.....	- 10 -
2.2.1.2.2.2	Modifiables :.....	- 10 -
2.2.2	PATHOGÉNIE :.....	- 11 -
2.3	SÉMIOLOGIE :.....	- 11 -
2.4	DIAGNOSTIC :.....	- 11 -
2.4.1	EXAMEN CLINIQUE :.....	- 11 -
2.4.2	EXAMEN COMPLÉMENTAIRE :.....	- 12 -
2.5	CLASSIFICATION :.....	- 12 -
2.6	COMPLICATIONS :.....	- 14 -
2.6.1	COMPLICATIONS LOCALES :.....	- 14 -
2.6.2	COMPLICATIONS LOCO-RÉGIONALES :.....	- 14 -
2.6.3	COMPLICATIONS GÉNÉRALES :.....	- 14 -
3.	AUTRES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES :.....	- 14 -
	CHAPITRE III : HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE.....	- 15 -

1.	MOTIVATION À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE (HBD) :	- 15 -
1.1	LA MOTIVATION HORS CABINET DENTAIRE :	- 15 -
1.1.1	L'INFORMATION PAR LES MÉDIAS :	- 15 -
1.1.2	LE RÔLE DES PARENTS :	- 16 -
1.1.3	LA MOTIVATION À L'ÉCOLE :	- 16 -
1.2	LA MOTIVATION AU CABINET :	- 17 -
2.	LE BROSSAGE :	- 17 -
2.1	DÉFINITION :	- 17 -
2.2	LES OUTILS DU BROSSAGE :	- 18 -
2.2.1	LA BROSSE À DENTS :	- 18 -
2.2.1.1	Définition :	- 18 -
2.2.1.2	Brosse à dents manuelle :	- 18 -
2.2.1.3	Brosse à dents électrique :	- 18 -
2.2.1.4	Brosse à dents connectée :	- 18 -
2.2.1.5	Critères de choix de la brosse à dents :	- 20 -
2.2.1.6	Choix de brosse à dents spécifique :	- 20 -
2.2.1.6.1	Brosse à dents adaptée en cas d'un traitement orthodontique :	- 20 -
2.2.1.6.2	Brosse à dents post- chirurgicale :	- 20 -
2.2.1.7	Le remplacement de la brosse à dents :	- 21 -
2.2.2	LES PÂTES DENTIFRICES :	- 21 -
2.2.2.1	Définition :	- 21 -
2.2.2.2	Types :	- 21 -
2.2.2.2.1	Dentifrices cosmétiques :	- 21 -
2.2.2.2.2	Dentifrices pharmaceutiques :	- 22 -
2.2.2.3	Les différentes formes de dentifrices :	- 22 -
2.2.2.3.1	Les gels :	- 22 -
2.2.2.3.2	Les poudres :	- 22 -
2.2.2.3.3	Les dentifrices liquides :	- 22 -
2.2.2.3.4	Autres produits à visée ambulatoire :	- 23 -
2.2.2.4	Principaux excipients des pâtes dentifrices et leurs rôles :	- 23 -
2.2.2.4.1	Les agents abrasifs :	- 23 -
2.2.2.4.2	Les agents moussants :	- 23 -
2.2.2.4.3	Les agents humectants :	- 23 -
2.2.2.4.4	Les agents épaississants :	- 23 -
2.2.2.4.5	Les agents conservateurs :	- 23 -
2.2.2.4.6	Les arômes :	- 24 -
2.2.2.4.7	Les colorants :	- 24 -
2.2.2.5	Principaux principes actifs :	- 24 -
2.2.2.5.1	Anti-caries :	- 24 -

2.2.2.5.2	Anti-hypersensibilité dentinaire :	- 24 -
2.2.2.5.3	Anti-inflammatoire :	- 24 -
2.2.2.5.4	Anti-hyposialie :	- 24 -
2.2.2.5.5	Anti-halitose :	- 24 -
2.2.2.5.6	Anti-taches :	- 24 -
3.	LES TECHNIQUES DU BROSSAGE :	- 25 -
3.1	AVEC UNE BROSSE À DENTS MANUELLE :	- 25 -
3.1.1	LA MÉTHODE CIRCULAIRE :	- 25 -
3.1.2	LA TECHNIQUE DE ROULEAU :	- 25 -
3.1.3	TECHNIQUE DE STILMAN :	- 25 -
3.1.4	MÉTHODE DE BASS MODIFIÉE :	- 25 -
3.1.5	TECHNIQUE DE CHARTERS :	- 26 -
3.2	AVEC BROSSE À DENTS ÉLECTRIQUE :	- 26 -
3.3	FRÉQUENCE, DURÉE ET MOMENT DU BROSSAGE :	- 27 -
4.	LES ADJUVANTS DU BROSSAGE :	- 27 -
4.1	MÉCANIQUES :	- 27 -
4.1.1	LE FIL DENTAIRE :	- 27 -
4.1.2	BROSSETTES INTER-DENTAIRES :	- 27 -
4.1.3	BÂTONNETS INTER-DENTAIRES :	- 28 -
4.1.4	HYDROPULSEURS :	- 28 -
4.1.5	BROSSAGE DE LA LANGUE :	- 28 -
4.1.6	GOMME À MÂCHER :	- 28 -
4.2	CHIMIQUES :	- 29 -
4.2.1	LES BAINS DE BOUCHE :	- 29 -
4.2.1.1	Définition :	- 29 -
4.2.1.2	Rôle :	- 29 -
4.2.1.3	Types :	- 29 -
4.2.1.3.1	Le bain de bouche curatif :	- 29 -
4.2.1.3.2	Le bain de bouche préventif :	- 29 -
4.2.1.3.3	Le bain de bouche dit « de confort » :	- 30 -
4.2.1.4	Indications – préparation et mode d'emploi :	- 30 -
4.2.1.4.1	Bains de bouche commercialisés :	- 30 -
4.2.1.4.1.1	Chlorhexidine :	- 30 -
4.2.1.4.1.2	Hexétidine :	- 30 -
4.2.1.4.1.3	Sanguinarine :	- 30 -
4.2.1.4.1.4	Triclosan :	- 30 -
4.2.1.4.1.5	Listerine :	- 31 -
4.2.1.4.2	Préparations magistrales :	- 31 -
4.2.1.4.2.1	Pour une mauvaise haleine :	- 31 -

4.2.1.4.2.2	Douleurs buccales :	- 31 -
4.2.1.4.2.3	Hémorragie :	- 31 -
4.2.1.4.2.4	Mycose :	- 31 -
4.2.1.4.2.5	Aphte :	- 32 -
5.	HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT :	- 32 -
5.1	BROSSAGE DES DENTS :	- 32 -
5.2	SUPPLÉMENTATION FLUORÉE :	- 33 -
5.3	HYGIÈNE DIÉTÉTIQUE :	- 33 -
5.4	CONTRÔLE D'UN BON BROSSAGE :	- 33 -
6.	L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LE SUJET ÂGÉ :	- 34 -
6.1	LE BROSSAGE DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE AUTONOME :	- 34 -
6.2	LE BROSSAGE DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE : ...	- 35 -
7.	L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE HANDICAPÉE :	- 35 -
7.1	AUTONOME :	- 35 -
7.2	DÉPENDANTE :	- 36 -
8.	SITUATIONS SPÉCIFIQUES :	- 36 -
8.1	EN PRÉSENCE D'UN APPAREIL D'ORTHODONTIE :	- 36 -
8.1.1	APPAREILLAGE AMOVIBLE :	- 36 -
8.1.2	APPAREILLAGE FIXE :	- 36 -
8.2	HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE EN PRÉSENCE D'UN IMPLANT / BRIDGE ET UNE PROTHÈSE DENTAIRE :	- 37 -
	Matériel et Méthodes	- 38 -
1.	TYPE D'ÉTUDE :	- 38 -
2.	CADRE ET DURÉE D'ÉTUDE :	- 38 -
3.	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :	- 38 -
3.1	OBJECTIF PRINCIPAL :	- 38 -
3.2	OBJECTIFS SECONDAIRES :	- 38 -
4.	POPULATION D'ÉTUDE :	- 38 -
4.1	CRITÈRES D'INCLUSION :	- 38 -
4.2	CRITÈRES DE NON INCLUSION :	- 38 -
5.	MATÉRIEL :	- 39 -
6.	MÉTHODOLOGIE :	- 40 -
6.1	RECUEIL DES DONNÉES :	- 40 -
6.2	LES PARAMÈTRES BUCCO-DENTAIRES :	- 40 -
6.2.1	L'IPSE (L'INDICE DE POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE) :	- 40 -
6.2.2	L'INDICE DE PLAQUE (PI) DE « LÖE ET SILNESS » (1964) :	- 42 -
6.2.3	L'INDICE D'INFLAMMATION GINGIVALE (GI) DE « LÖE ET SILNESS » (1963) :	- 42 -
6.2.4	LA PROFONDEUR DES POCHEs :	- 43 -

6.2.5	LA PERTE D'ATTACHE :	- 43 -
6.2.6	L'INDICE CAO :	- 43 -
6.2.7	L'INDICE DE MOBILITÉ DENTAIRE « SELON ARPA » (1967) :	- 43 -
6.2.8	L'INDICE D'ABRASION DENTAIRE « SELON AGUEL » :	- 44 -
6.3	L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES :	- 44 -
6.4	ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE :	- 44 -
Résultats		- 45 -
1.	RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS :	- 45 -
1.1	DESCRIPTION DES PATIENTS RETENUS DANS L'ÉTUDE :	- 45 -
1.1.1	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE :	- 45 -
1.1.2	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE :	- 46 -
1.1.3	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ADRESSE :	- 47 -
1.1.4	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE :	- 48 -
1.1.5	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION :	- 49 -
1.1.6	LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX PERSONNELS :	- 50 -
1.1.7	LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAMENTEUX :	- 51 -
1.1.8	LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR DEXTÉRITÉ :	- 52 -
1.1.9	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXPOSITION TABAGIQUE :	- 53 -
1.1.10	LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS STOMATOLOGIQUES :	- 54 -
1.1.11	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA CAUSE DE L'EXTRACTION DES DENTS :	- 55 -
1.1.12	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DE LEURS VISITES CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :	- 56 -
1.1.13	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES MOTIFS DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :	- 57 -
1.1.14	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RECOURS AU BROSSAGE DENTAIRE :	- 58 -
1.1.15	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES SUR L'IMPORTANCE DU RECOURS AU BROSSAGE DENTAIRE :	- 59 -
1.1.16	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES SUR L'INTÉRÊT DU BROSSAGE DENTAIRE :	- 60 -
1.1.17	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE DENTAIRE :	- 61 -
1.1.18	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOMENT DU BROSSAGE DENTAIRE :	- 62 -
1.1.19	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE DENTAIRE:	- 63 -

1.1.20	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA RÉGULARITÉ DU BROSSAGE DENTAIRE :	- 64 -
1.1.21	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES RAISONS CONTRARIANT LE BROSSAGE DENTAIRE :	- 65 -
1.1.22	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU CHANGEMENT DES BROSSES À DENTS :	- 66 -
1.1.23	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE BROSSES À DENTS UTILISÉES :	- 67 -
1.1.24	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE BROSSÉ À DENTS (SOUPLE DES POILS) :	- 68 -
1.1.25	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE LIEU D'ACHAT DES BROSSES À DENTS :	- 69 -
1.1.26	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES MÉTHODES DE BROSSAGE DENTAIRE :	- 70 -
1.1.27	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'APPRENTISSAGE DE LA MÉTHODE DE BROSSAGE DENTAIRE :	- 71 -
1.1.28	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RECOURS AUX PÂTES DENTIFRICES :	- 72 -
1.1.29	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION D'AUTRES PRODUITS :	- 73 -
1.1.30	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE DENTAIRE :	- 74 -
1.1.31	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DE BAINS DE BOUCHE :	- 75 -
1.1.32	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EFFICACITÉ DE LEUR BROSSAGE DENTAIRE :	- 76 -
1.1.33	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE :	- 77 -
1.1.34	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES DENTAIRES :	- 78 -
1.1.35	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU NETTOYAGE DES PROTHÈSES DENTAIRES :	- 79 -
1.1.36	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES DES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE : ..	- 80 -
1.1.37	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR IMPLICATION DANS LA SENSIBILISATION DES ENFANTS À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE : ...	- 81 -
1.1.38	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS SUGGESTIONS POUR PROMOUVOIR L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE :	- 82 -
1.1.39	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXAMEN PÉRI-BUCCAL :	- 83 -
1.1.40	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXAMEN DES MUQUEUSES :	- 84 -
1.1.41	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE PLAQUE « PI » :	- 85 -
1.1.42	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE GINGIVAL « GI » :	- 86 -

1.1.43	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROFONDEUR DE POCHE :	- 87 -
1.1.44	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PERTE D'ATTACHE :	- 88 -
1.1.45	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE « CAOD » :	- 89 -
1.1.46	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MOBILITÉ « SELON ARPA » :	- 90 -
1.1.47	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE D'ABRASION « SELON AGUEL » :	- 91 -
1.1.48	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE DIAGNOSTIC POSITIF :	- 92 -
1.1.49	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET LE SEXE :	- 93 -
1.1.50	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ÂGE :	- 94 -
1.1.51	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :	- 95 -
1.1.52	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'IPSE :	- 96 -
1.1.53	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :	- 97 -
1.1.54	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :	- 98 -
1.1.55	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET LE SEXE :	- 99 -
1.1.56	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ÂGE :	- 100 -
1.1.57	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :	- 101 -
1.1.58	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'IPSE :	- 102 -
1.1.59	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :	- 103 -
1.1.60	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :	- 104 -
1.1.61	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE SEXE :	- 105 -
1.1.62	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ÂGE :	- 106 -
1.1.63	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ADRESSE :	- 107 -
1.1.64	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'IPSE :	- 108 -
1.1.65	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :	- 109 -

1.1.66	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :.....	110 -
1.1.67	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE PI :.....	111 -
1.1.68	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE GI :	112 -
1.1.69	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET LE SEXE :.....	113 -
1.1.70	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ÂGE :	114 -
1.1.71	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :.....	115 -
1.1.72	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'IPSE :.....	116 -
1.1.73	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :.....	117 -
1.1.74	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :	118 -
1.1.75	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET LE SEXE :.....	119 -
1.1.76	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ÂGE :.....	120 -
1.1.77	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ADRESSE :	121 -
1.1.78	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'IPSE :	122 -
1.1.79	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :	123 -
1.1.80	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE : ..	124 -
1.1.81	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET LE SEXE :.....	125 -
1.1.82	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ÂGE :	126 -
1.1.83	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ADRESSE :.....	127 -
1.1.84	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'IPSE :.....	128 -
1.1.85	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :.....	129 -
1.1.86	LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE : ..	130 -
	Discussion	131 -

1. LES LIMITES D'ÉTUDE :	- 131 -
2. DISCUSSION :	- 131 -
Cas cliniques	- 138 -
1. DESCRIPTION DES CAS CLINIQUES :	- 138 -
1.1 CAS CLINIQUE N°01 :	- 138 -
1.2 CAS CLINIQUE N°02 :	- 141 -
Conclusion et Recommandations	- 144 -
Références bibliographiques	- 146 -
Annexes.....	- 157 -

Liste des abréviations

A

AAC : Actinobacillus actinomycetemcomitans.

ADA : American Dental Association.

ARPA : Association pour la recherche sur les parodontopathies.

ATP : Adénosine triphosphate.

C

CAOD : Dents Cariées, Absentes à cause de la carie, et Obturées.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

CIH : Classification internationale de l'handicap.

CP : Catégories professionnelles.

D

DDS : Dent De Sagesse.

F

FEPAP : Fédération Européenne de Parodontologie et l'Académie américaine de Parodontologie.

FOTI : Transillumination par Fibre Optique.

G

GA : Gencive Attachée.

GI : Indice Gingival.

GM : Gencive Marginale.

GP : Gencive Papillaire.

H

HBD : Hygiène bucco-dentaire.

I

IgA : Immunoglobulines A.

IgG : Immunoglobulines G.

IgM : Immunoglobulines M.

IPSE : Indice de position socio-économique.

J

JAD : Jonction amérodentinaire.

N

NF : Niveau de formation.

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

P

PAC : Perte d'attache clinique.

Pg : Porphyromonas gingivalis.

PH : Potentiel hydrogène.

PI : Indice de Plaque.

PP : Profondeur de la poche.

S

SGD : Sillon gingivo-dentaire.

SISTA : Site et Stade évolutif de la lésion carieuse.

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences.

T

Td : Treponema denticola.

Tf : Tannerella forsythensis.

TNFalpha : Tumor Necrosis Factor alpha.

Liste des tableaux

Tableau N°I : Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires-2017.....	- 13 -
Tableau N°II : Niveau de formation (NF).....	- 40 -
Tableau N°III : Catégories professionnelles (CP).....	- 41 -
Tableau N°IV : Position socio-économique relative.	- 42 -

Liste des figures

Figure N°01: Coupe longitudinale d'une dent visualisant l'anatomie de la dent et des tissus voisins.	- 4 -
Figure N°02: Schéma des complexes bactériens selon Socransky.	- 10 -
Figure N°03: Motivation par le biais des médias.	- 15 -
Figures N°04: Le rôle des parents dans la motivation.	- 16 -
Figures N°05: La motivation au cabinet dentaire.	- 17 -
Figure N°06 : Brosse à dents manuelle.	- 19 -
Figure N°07 : Brosse à dents électrique.	- 19 -
Figure N°08 : Y-brush.	- 19 -
Figure N°09 : Brosse à dents en cas d'un traitement orthodontique.	- 21 -
Figure N°10 : Brosse à dents post-chirurgicale.	- 21 -
Figure N°11: Méthode de Rouleau.	- 25 -
Figure N°12 : Méthode de Bass modifiée.	- 26 -
Figure N°13 : Technique de Charters.	- 26 -
Figure N°14 : Brossette inter-dentaire.	- 27 -
Figure N°15 : Fil dentaire.	- 27 -
Figure N°16 : Brossage de la langue.	- 28 -
Figure N°17 : Biofilm dentaire supra-gingival d'un homme de 32 ans avant et après avoir utilisé le révélateur de plaque.	- 34 -
Figure N°18 : Le plateau de consultation et l'ouvre bouche (CHU-Tlemcen).	- 39 -

Figure N°19 : La répartition des patients selon le sexe.....	- 45 -
Figure N°20 : La répartition des patients selon l'âge.....	- 46 -
Figure N°21 : La répartition des patients selon l'adresse.	- 47 -
Figure N°22 : La répartition des patients selon l'indice de position socio-économique. ...	- 48 -
Figure N°23 : La répartition des patients selon le motif de consultation.....	- 49 -
Figure N°24 : La répartition des patients en fonction des antécédents généraux personnels. ...	-
50 -	
Figure N°25 : La répartition des patients en fonction des antécédents médicamenteux. ...	- 51 -
Figure N°26 : La répartition des patients en fonction de leur dextérité.....	- 52 -
Figure N°27 : La répartition des patients selon l'exposition tabagique.	- 53 -
Figure N°28 : La répartition des patients en fonction des antécédents stomatologiques. ...	- 54 -
Figure N°29 : La répartition des patients selon la cause de l'extraction des dents.	- 55 -
Figure N°30 : La répartition des patients selon la fréquence de leurs visites chez le médecin dentiste.	- 56 -
Figure N°31 : La répartition des patients selon les motifs de visite chez le médecin dentiste... -	
57 -	
Figure N°32 : La répartition des patients selon le recours au brossage dentaire.	- 58 -
Figure N°33 : La répartition des patients selon leurs connaissances sur l'importance du recours au brossage dentaire.	- 59 -
Figure N°34 : La répartition des patients selon leurs connaissances sur l'intérêt du brossage dentaire.	- 60 -
Figure N°35 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage dentaire.....	- 61 -

Figure N°36 : La répartition des patients selon le moment du brossage.	- 62 -
Figure N°37 : La répartition des patients selon la durée du brossage dentaire.	- 63 -
Figure N°38 : La répartition des patients selon la régularité du brossage dentaire.	- 64 -
Figure N°39: La répartition des patients selon les raisons contrariant le brossage dentaire. -	65
-	
Figure N°40 : La répartition des patients selon la fréquence du changement des brosses à dents.	- 66 -
Figure N°41 : La répartition des patients selon le type de brosses à dents utilisées.	- 67 -
Figure N°42 : La répartition des patients selon le type de brosses à dents (souplesse des poils).	- 68 -
Figure N°43 : La répartition des patients selon le lieu d'achat des brosses à dents.	- 69 -
Figure N°44 : La répartition des patients selon les méthodes de brossage dentaire.	- 70 -
Figure N°45 : La répartition des patients selon l'apprentissage de la méthode de brossage dentaire.	- 71 -
Figure N°46 : La répartition des patients selon le recours aux pâtes dentifrices.	- 72 -
Figure N°47 : La répartition des patients selon l'utilisation d'autres produits.	- 73 -
Figure N°48 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage dentaire.	- 74 -
Figure N°49 : La répartition des patients selon l'utilisation de bains de bouche.	- 75 -
Figure N°50 : La répartition des patients selon l'efficacité de leur brossage dentaire.	- 76 -
Figure N°51 : La répartition des patients selon le brossage de la langue.	- 77 -
Figure N°52 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses dentaires.	- 78 -

Figure N°53 : La répartition des patients selon la fréquence du nettoyage des prothèses dentaires.....	- 79 -
Figure N°54 : La répartition des patients selon leurs connaissances des conséquences de l'absence d'hygiène bucco-dentaire.....	- 80 -
Figure N°55 : La répartition des patients selon leur implication dans la sensibilisation des enfants à l'hygiène bucco-dentaire.....	- 81 -
Figure N°56 : La répartition des patients selon leurs suggestions pour promouvoir l'hygiène bucco-dentaire.	- 82 -
Figure N°57 : La répartition des patients selon l'examen péri-buccal.....	- 83 -
Figure N°58 : La répartition des patients selon l'examen des muqueuses.	- 84 -
Figure N°59 : La répartition des patients selon l'indice de plaque PI.	- 85 -
Figure N°60 : La répartition des patients selon l'indice gingival GI.....	- 86 -
Figure N°61 : La répartition des patients selon la profondeur de poche.	- 87 -
Figure N°62 : La répartition des patients selon la perte d'attache.	- 88 -
Figure N°63 : La répartition des patients selon l'indice CAOD.	- 89 -
Figure N°64 : La répartition des patients selon l'indice de mobilité "selon ARPA".	- 90 -
Figure N°65 : La répartition des patients selon l'indice d'abrasion "selon AGUEL".	- 91 -
Figure N°66 : La répartition des patients selon le diagnostic positif.	- 92 -
Figure N°67 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et le sexe.	- 93 -
Figure N°68 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'âge.	- 94 -
Figure N°69 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'adresse.....	- 95 -
Figure N°70 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'IPSE.....	- 96 -

Figure N°71 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'état général. -	97 -
Figure N°72 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.	98 -
Figure N°73 : La répartition des patients selon la durée du brossage et le sexe.	99 -
Figure N°74 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'âge.	100 -
Figure N°75 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'adresse.	101 -
Figure N°76 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'IPSE.	102 -
Figure N°77 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'état général.	103 -
Figure N°78 : La répartition des patients selon la durée du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.	104 -
Figure N°79 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le sexe.	105 -
Figure N°80 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'âge.	106 -
Figure N°81 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'adresse.	107 -
Figure N°82 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'IPSE.	108 -
Figure N°83 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'état général. -	109 -
Figure N°84 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.	110 -
Figure N°85 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le PI.	111 -
Figure N°86 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le GI.	112 -
Figure N°87 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et le sexe.	113 -

Figure N°88 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'âge. -	
114 -	
Figure N°89 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'adresse.	- 115 -
Figure N°90 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'IPSE.....	- 116 -
Figure N°91 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'état général.	- 117 -
Figure N°92 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.....	- 118 -
Figure N°93 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et le sexe.	- 119 -
Figure N°94 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'âge.	- 120 -
Figure N°95 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'adresse.	- 121 -
Figure N°96 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'IPSE.	- 122 -
Figure N°97 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'état général.-	123 -
Figure N°98 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.	- 124 -
Figure N°99 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et le sexe.	- 125 -
Figure N°100 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'âge.....	- 126 -
Figure N°101 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'adresse.	- 127 -
Figure N°102 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'IPSE.	- 128 -

Figure N°103 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'état général. - 129 -

-

Figure N°104 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et la fréquence de
visite chez le médecin dentiste. - 130 -

Figure N°105 : Aspect clinique de la patiente A.N avant traitement. - 139 -

Figure N°106 : Aspect clinique de la patiente A.N après traitement. - 140 -

Figure N°107 : Aspect clinique de la patiente B.R avant traitement. - 142 -

Figure N°108 : Aspect clinique de la patiente B.R après traitement. - 143 -

Introduction - Problématique

Introduction – Problématique

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé. Elle représente un facteur déterminant de la qualité de vie. La sphère oro-faciale, par ses fonctions (phonation, mastication, respiration, mimique...), joue un rôle essentiel dans la vie sociale et relationnelle, dans la vie quotidienne de chaque individu, dans l'insertion et la relation avec l'Autre (1).

Les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. Parmi les plus fréquentes, la carie dentaire et les maladies parodontales, sont considérées comme les deux principales affections dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire. Définies comme des maladies multifactorielles, elles sont rattachées à la présence du biofilm bactérien (2).

La propagation de l'infection peut causer des complications locales représentées par les parodontites apicales, l'abcès sous-périosté, les sensibilités dentaires, diastèmes interdentaires ; halitose ; mobilité dentaire (3); loco-régionales; cellulite, sinusite maxillaire, les thrombophlébites...(4) et générales telles que les maladies cardio-vasculaires ; diabètes ; les infections pulmonaire ; les cancers; la naissance prématurée des bébés ; les polyarthrites rhumatoïdes ; les affections digestives...(5),(6).

La distribution de la maladie parodontale ainsi que la maladie carieuse semble quelque peu disparate dans les différentes parties du monde. En effet, depuis certaines années, leurs prévalences a significativement régressé dans les pays industrialisés alors que dans d'autres, où le niveau socio-économique est plus précaire, elle reste élevée et continue d'augmenter (7).

Un contrôle rigoureux du biofilm bactérien est indissociable à la santé bucco-dentaire et constitue la condition majeure pour prévenir, guérir et stabiliser ces affections (8).

Cela est possible grâce à une bonne hygiène bucco-dentaire ; qui représente l'ensemble de pratiques permettant d'éliminer le biofilm dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface dentaire (9).

Face à ce constat, nous avons envisagé de mener cette étude, pionnière, ayant en premier lieu, pour objectif d'évaluer comment nos patients pratiquent cette hygiène, secondairement de mettre en évidence d'éventuelles failles, et enfin d'enclencher la réflexion concernant les moyens d'y remédier.

Revue de la Littérature

CHAPITRE I :
L'ÉCOSYSTÈME BUCCAL

1. L'ÉCOSYSTÈME BUCCAL :

1.1 DÉFINITION :

La cavité buccale est un système écologique très hétérogène (10) composé d'une communauté biotique: les organismes vivants et un milieu abiotique: tous ces éléments physiques et biochimiques cohabitent en équilibre (11).

L'écosystème buccal est dit « en équilibre » lorsque la flore bactérienne commensale entretient des relations stables avec la cavité buccale. Elle constitue alors une flore compatible avec l'état buccodentaire (4).

La carie dentaire et les parodontopathies peuvent être vues comme les conséquences d'un déséquilibre de l'écosystème buccal menant à la prédominance d'une flore pathogène (11).

1.2 CONSTITUANTS :

1.2.1 LA SALIVE :

La salive est un liquide physiologique incolore, insipide, filant, alcalin, clair légèrement visqueux. Composé d'un mélange de protéines, de sels minéraux mais surtout d'eau à 99%. Sécrétée en permanence par les orifices de canaux salivaires principaux des parotides, des glandes sous-maxillaires, des glandes sublinguales et des systèmes accessoires (12).

La salive assure différents rôles au niveau buccal :

- Un rôle mécanique : d'où le nettoyage et la détersion des débris tissulaires ; des corps étrangers et d'une partie du biofilm dentaire ; la lubrification des tissus, ainsi que l'amélioration de la mastication et la formation du bol alimentaire et sa déglutition.
- Un rôle protecteur : par maintien de l'hydratation des muqueuses et la stabilisation du potentiel hydrogène (PH) buccal.
- Un rôle immunitaire et antibactérien (13).

1.2.2 LE FLUIDE GINGIVAL :

C'est un exsudat d'origine plasmatique, qui traverse la paroi épithéliale de l'épithélium jonctionnel et sulculaire pour se déverser dans le sillon gingivo-dentaire (SGD).

Sa quantité augmente avec l'inflammation, avec certaines modifications des conditions de circulation locale. Sa composition est comparable à celle d'un sérum sanguin : les immunoglobulines (IgG), (IgA), (IgM), cytokines, Tumor Necrosis Factor alpha (TNFalpha), liquides, enzymes, k⁺, Na⁺, cellules épithéliales, leucocytes (14),(15).

1.2.3 LA MUQUEUSE BUCCALE :

La bouche est revêtue dans son ensemble d'une muqueuse richement vascularisée, tenue constamment à l'état humide par le flux salivaire (16).

La muqueuse buccale est en continuité en avant avec le tissu cutané constitué par le versant externe des lèvres, et en arrière avec la muqueuse oro-pharyngée.

Trois types de muqueuse buccale sont distingués en fonction de la topographie : la muqueuse bordante, la muqueuse masticatoire et la muqueuse spécialisée (17).

La muqueuse buccale a trois fonctions principales :

- Le recouvrement, permettant la protection des agressions physiques et chimiques ;
- La transmission de fonctions sensorielles ;
- La régulation thermique et hydrique (18).

1.2.4 L'ORGANE DENTAIRE :

1.2.4.1 Définition :

Il s'agit d'une partie différenciée et vitale du corps humain, qui maintient, de façon largement autonome, sa structure, sa vascularisation et sa capacité à exercer des fonctions physiologiques, et est constitué par la dent ou odonte et ses tissus de soutien ou parodonte(19).

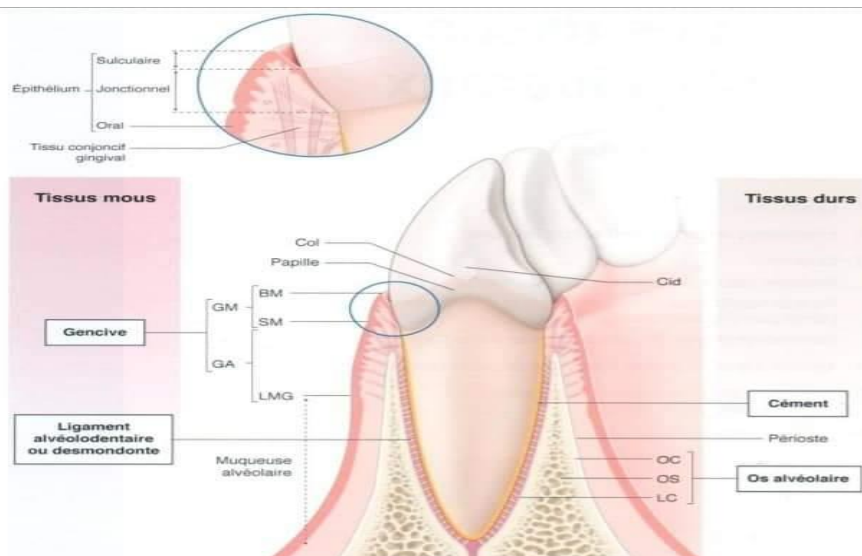


Figure N°01: Coupe longitudinale d'une dent visualisant l'anatomie de la dent et des tissus voisins.

Source : Pr Philippe Bouchard- médecine parodontale.

1.2.4.2 L'odonte :

Comprend une partie coronaire et une partie radiculaire, formé par différents tissus minéraux et organiques : l'émail d'origine épithéliale, la dentine, le cément, et la pulpe dentaire d'origine mésenchymateuse (20).

1.2.4.3 Le parodonte :

le parodonte (du grec para, "à côté de" et odous, odontos, "dent") c'est une unité fonctionnelle constituée par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent (21).

On distingue le parodonte profond, constitué de l'os alvéolaire, du ligament parodontal et du cément, et le parodonte superficiel constitué de la gencive (22).

1.2.4.3.1 La gencive :

Est une spécialisation de la muqueuse buccale qui entoure les dents, elle est constituée d'une composante épithéliale et d'une composante conjonctive, subdivisée anatomiquement en trois parties, gencive marginale (GM), gencive papillaire (GP) et gencive attachée (GA) (21).

1.2.4.3.2 L'os alvéolaire :

Les procès alvéolaires sont constitués par l'extension des os maxillaires supérieur et inférieur. Leur existence est liée à celle des dents: ils naissent, vivent et meurent avec elles (23).

1.2.4.3.3 Le ligament parodontal :

Est un véritable appareil suspenseur et amortisseur de la dent. Siège de la proprioception, il est formé de nombreux trousseaux fibreux unissant le cément radiculaire à l'os alvéolaire(24).

1.2.4.3.4 Le cément :

C'est un tissu minéralisé d'origine conjonctive, ni innervé, ni vascularisé, il a pour rôle de permettre l'ancrage de la dent dans son alvéole par l'intermédiaire de l'insertion de fibres desmodontales de Sharpey (22).

2. L'ÉCOSYSTEME BACTÉRIEN :

Comme toute surface corporelle, la cavité orale est colonisée par des micro-organismes qui entretiennent des relations stables avec l'hôte, appelée flore résidente commensale ou encore saprophyte. Dès qu'un déséquilibre intervient soit par excès, soit par défaillance un processus pathologique s'installe, caries ou maladies parodontales par exemple (25).

CHAPITRE II :
PRINCIPALES AFFECTIONS
BUCCO-DENTAIRES

1. LA CARIE DENTAIRE :

1.1 DÉFINITION :

La carie est une maladie infectieuse multifactorielle, elle se traduit par une destruction progressive de la dent. Les tissus durs de la dent, une fois détruits, s'installe le phénomène de cavitation(26).

1.2 ÉTIOPATHOGÉNIE :

1.2.1 ÉTIOLOGIES :

1.2.1.1 D'ordre général :

Facteurs héréditaires(27), l'état général du patient, son âge(28), son sexe, la race, l'environnement professionnel(29).

1.2.1.2 D'ordre local :

1.2.1.2.1 Bactéries :

Streptococcus mutans (50%), *Lactobacilles* (20%), *Actinomyces* sont les plus incriminées(14).

1.2.1.2.2 Hôte (la dent) :

La morphologie et la position pouvant favoriser la formation du biofilm dentaire(14).

1.2.1.2.3 L'alimentation :

Particulièrement les sucres fermentescibles qui provoquent la baisse du PH et la dissolution des prismes d'émail(14).

1.2.1.2.4 Le temps :

Plus l'aliment séjourne longtemps en bouche plus les probabilités de développement de carie sont augmentées(14).

1.2.2 PATHOGÉNIE :

1.2.2.1 Dynamique du processus carieux :

La baisse du PH au-dessous du seuil critique provoquée par les acides des bactéries impliquées dans la carie entraîne la déminéralisation des tissus durs(30).

1.2.2.2 Mécanismes physico-chimiques de la carie :

1.2.2.2.1 Déminéralisation :

Elle se produit lorsque l'émail perd ses minéraux et s'érode. Le principal sel minéral constituant l'émail est le calcium, il contient aussi un autre sel minéral, le phosphore(31).

1.2.2.2.2 Reminéralisation :

Entre périodes d'activités métaboliques, le PH peut redevenir favorable et tend à la neutralisation. Les ions calciums et phosphates provenant du milieu salivaire, diffusent dans l'émail et peuvent participer à la reminéralisation. La présence d'ions fluorures sur le site de précipitation minérale va favoriser la reminéralisation de la dent, par formation d'apatites fluorées(31).

1.3 SÉMIOLOGIE :

Les symptômes dépendent notamment du stade d'évolution de la carie et de sa localisation.

Au tout début, lorsque l'émail est le seul atteint, la carie peut être indolore. Les symptômes les plus fréquents sont :

- Douleurs dentaires, qui s'accroissent avec le temps ;
- Dents sensibles ;
- Douleurs aiguës provoquées par le contact mécanique (brossage), thermique (chaleur, froid), ou alimentaire (notamment avec les sucres et les acides) ;
- Douleurs parfois spontanées ;
- Point brun sur la dent (32).

1.4 DIAGNOSTIC :

Le diagnostic est facilement réalisé par le praticien puisque la carie est souvent visible à l'œil nu. Il doit comprendre un examen visuel minutieux (de préférence avec un grossissement), un examen radiographique, une transillumination par fibre optique (FOTI) et/ou une mesure de la résistance électrique en fonction de l'emplacement anatomique. Une radiographie permet de diagnostiquer correctement et précocement les caries dentaires, notamment des surfaces proximales (33),(34).

1.5 CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE :

1.5.1 CLASSIFICATION DE SISTA :

Elle détermine les lésions carieuses par deux descripteurs : site de la lésion et stade évolutif de la lésion (SISTA), on distingue :

- Les lésions (**site 1**) : sont situées au niveau des puits, sillons fosses et fossettes de toutes les dents (aussi bien antérieures que postérieures).
- Les lésions proximales (**site 2**) : peuvent toucher les aires de contact de toutes les dents.
- Les lésions cervicales (**site 3**) : sont à point de départ cervical, amélaire ou cémentaire, sur toutes les faces de toutes les dents.

En ce qui concerne les stades évolutifs de la lésion, ils sont au nombre de 5 :

- **Stade 0** : lésion initiale sans cavitation, strictement amélaire ou atteignant la jonction amélo-dentinaire (JAD), mais ne nécessitant pas le recours à une intervention chirurgicale.
- **Stade 1** : lésion avec microcavitations de surface ayant progressé jusqu'au 1/3 externe de la dentine et nécessitant une intervention restauratrice.
- **Stade 2** : lésion cavitaire de taille modérée ayant progressé dans le 1/3 médian de la dentine et nécessitant une intervention restauratrice.
- **Stade 3** : lésion cavitaire étendue ayant progressé dans le 1/3 interne de la dentine et nécessitant une intervention restauratrice.
- **Stade 4** : lésion cavitaire atteignant les zones dentinaires parapulpaires et nécessitant une intervention restauratrice (35).

1.6 COMPLICATIONS :

LOCALES : sont représentées par les parodontites apicales aiguës ou chroniques (granulome, kyste apical) et l'abcès sous-périosté.

RÉGIONALES : sinusites maxillaires, les cellulites localisées ou diffuses, les adéno-phlégon, les ostéites, ...

À DISTANCE : endocardite infectieuse, uvéite, kératite, métastases septiques,...(36).

2. LA MALADIE PARODONTALE :

2.1 DÉFINITION :

Les maladies parodontales sont des affections multifactorielles(37), atteignant les tissus de soutien de la dent(38). Elles peuvent être inflammatoires, dégénératives ou tumorales(39). Les formes les plus prévalentes sont représentées par :

2.1.1 GINGIVITE :

La gingivite correspond à une inflammation des gencives. Ces dernières deviennent érythémateuses, irritées, œdématiées. Elles peuvent saigner facilement, notamment lors du brossage dentaire. Les structures parodontales profondes sont intactes(40).

2.1.2 PARODONTITE :

C'est une lésion du parodonte profond, d'étiologie infectieuse, à manifestations inflammatoires, caractérisée par une perte d'attache et une perte du support osseux conduisant à la formation de « poches parodontales ».

2.2 ÉTIOPATHOGÉNIE :

2.2.1 ÉTIOLOGIES :

2.2.1.1 Biofilm :

Organisées en biofilm, les bactéries se retrouvent dans les conditions idéales pour exprimer leurs facteurs de virulence. Cette organisation repose sur des associations entre les différentes espèces bactériennes(41).

Socransky, en 1998, a montré que les espèces bactériennes impliquées dans les pathologies parodontales pouvaient être regroupées par groupes. La notion de complexes bactériens dans la flore parodontopathogène prend forme : il n'est plus possible de parler de pathogénie parodontale associée à une seule bactérie, hormis l'*Actinobacillus actinomycetemcomitans* (AAC).

le complexe rouge (*Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Tannerella forsythensis* (Tf) et *Treponema denticola* (Td)) représente les bactéries les plus pathogènes(42),(43).

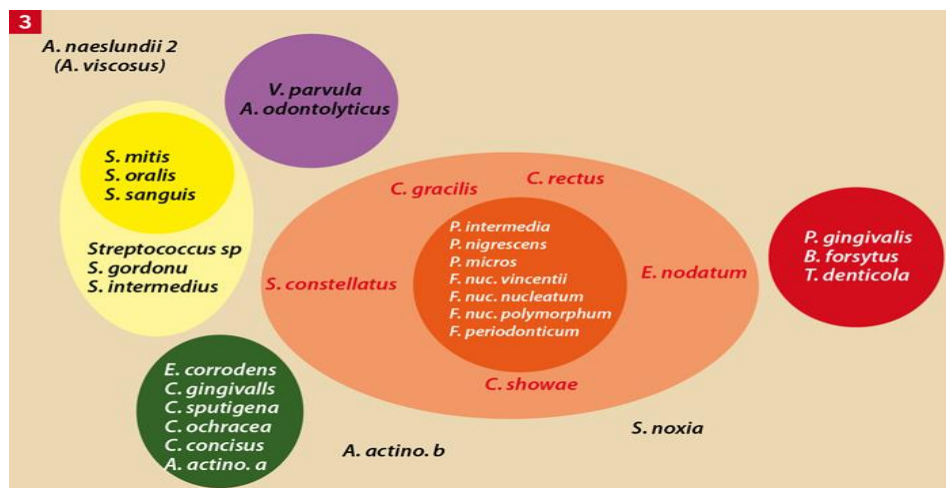


Figure N°02: Schéma des complexes bactériens selon Socransky.

Source: Periodontics:Medicine, Surgery and Implants 1st Edition (Louis Rose, Brian Mealey, Robert Genco).

2.2.1.2 Facteurs de risque :

2.2.1.2.1 Locaux :

Tous les éléments qui facilitent l'accumulation du biofilm dentaire et qui rendent son élimination par le nettoyage plus difficile, peuvent représenter une agression pour le parodonte qu'il n'est pas toujours prêt à recevoir.

Parmi ces facteurs de rétention, on compte :

Le tartre supra et sous gingival, les caries, les malpositions dentaires, les obturations défectueuses, les débordements d'obturation, les sur-contours, les entrées de furcations, les fissures et les traitements endodontiques défectueux, chaque imperfection, aussi petite soit-elle, constitue une niche pour les bactéries (44).

2.2.1.2.2 Généraux :

2.2.1.2.2.1 Non modifiables :

- Profil général du patient : âge, sexe et la race (44),(45);
- Hérité (40).

2.2.1.2.2.2 Modifiables :

- Maladies systémiques : le diabète, maladies cardio-vasculaires, Alzheimer, maladies rénales, maladies hématologiques, neurologiques, la chimiothérapie, modifications hormonales ;...(44),(45) ;

- Prise des médicaments : cyclosporine (immuno-supresseur), phénytoïne (antiépileptique), la nifédipine (inhibiteur calcique)(40) ;
- Le stress(44).

2.2.2 PATHOGÉNIE :

Plusieurs facteurs de risque ont donc été identifiés comme influençant le cycle infectieux caractéristique de la maladie parodontale. Mais il ne se mettra en place que si certaines conditions dites de Socransky sont réunies au même moment à savoir :

- La présence de bactéries virulentes ;
- L'absence de bactéries protectrices ;
- La présence d'un environnement favorable aux bactéries virulentes ;
- Les déficiences innées ou acquises du système de défense immunitaire(14),(46).

2.3 SÉMIOLOGIE :

La gingivite / parodontite se manifeste par :

- Fausse poche limitée à la gencive, elle résulte de l'approfondissement du sillon gingivo-dentaire sans déplacement de l'attache, ni destruction de l'os alvéolaire (47);
- Vraie poche qui est l'approfondissement du sillon gingivo-dentaire par une migration de l'attache épithéliale en direction apicale associée à une destruction alvéolaire (47);
- Une gencive œdématiée d'aspect lisse, brillant, rouge, elle saigne spontanément ou au cours du brossage dentaire et est souvent douloureuse (44);
- Des abcès peuvent se former, les récessions aussi ;
- Les dents migrent ou deviennent mobiles ;
- Une mauvaise haleine s'installe (44).

2.4 DIAGNOSTIC :

2.4.1 EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique parodontal doit évaluer la présence et la quantité du biofilm bactérien, la recherche d'un saignement au sondage, la mesure de la profondeur des poches, le niveau d'attache clinique, évaluer la mobilité et/ou le déplacement dentaire (48).

2.4.2 EXAMEN COMPLÉMENTAIRE :

Plusieurs moyens peuvent être utilisés, microbiologiques, biologiques et d'autres. Les examens d'imageries restent les plus utilisés (48).

2.5 CLASSIFICATION :

Une nouvelle classification des conditions parodontales et péri-implantaires saines et pathologiques vient d'être établie après une réunion de consensus organisée par la Fédération Européenne de Parodontologie et l'Académie américaine de Parodontologie (FEPAP)(49).

Tableau N°I : Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires-2017 (49).

Maladies et conditions parodontales.	
Santé parodontale, maladies et conditions gingivales.	Santé gingivale et parodontale.
	Gingivite induite par le biofilm bactérien.
	Gingivite non induite par le biofilm bactérien.
Parodontites.	Maladies parodontales nécrosantes.
	Parodontites.
	Parodontites manifestations de maladies systémiques.
Autres conditions affectant le parodonte.	Maladies systémiques ou conditions affectant les tissus parodontaux.
	Abcès parodontaux et lésions endo-parodontales.
	Conditions et déformations muco-gingivales.
	Forces occlusales traumatiques.
	Facteurs liés à la dent et la prothèse.
Maladies et conditions péri-implantaires.	
Santé péri-implantaire.	
Mucosites péri-implantaires.	
Péri-implantites.	
Déficiences des tissus mous et durs péri-implantaires.	

Source : <https://www.dentalespace.com/praticien/parolesdexperts/paro-implantologie-reponse-experts/>.

2.6 COMPLICATIONS :

La parodontite provoque la résorption de l'os alvéolaire et la destruction du ligament parodontal ; la dent, privée de son soutien, devient mobile. Si la situation n'est pas maîtrisée par un traitement adapté, elle finit par chuter (50).

2.6.1 COMPLICATIONS LOCALES :

La maladie parodontale peut présenter plusieurs complications locales: sensibilités dentaires aux aliments chauds, froids ou sucrés ; l'allongement inesthétique des dents ; diastèmes interdentaires ; halitose ; abcès dentaires ; mobilité dentaire (51).

2.6.2 COMPLICATIONS LOCO-RÉGIONALES :

Les complications loco-régionales quant à elles comprennent: les sinusites maxillaires ; les cellulites localisées ou diffuses ; les adénites , les adénophlémons et les thrombophlébites(52).

2.6.3 COMPLICATIONS GÉNÉRALES :

Outre les complications précédemment citées, des complications générales sont de plus en plus impliquées : les maladies cardio-vasculaires ; le diabète ; les maladies respiratoires ; la naissance prématurée des bébés ; les polyarthrites rhumatoïdes et la maladie d'Alzheimer (51),(6).

3. AUTRES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES :

On trouve aussi autre que la carie dentaire et la maladie parodontale : les lésions traumatiques ; les aphtes ; herpes buccal ; chéilites ; perlèches et mycoses buccales(32).

***CHAPITRE III : HYGIÈNE
BUCCO-DENTAIRE***

1. MOTIVATION À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE (HBD) :

La motivation est un élément très important, mais qui peut être très difficile à obtenir. Le meilleur moyen de faire passer ce message est d'adopter un discours le plus simple possible, sans culpabiliser le patient, il faut expliquer la pathologie avec des termes simples et convaincre les patients du rôle que joue le biofilm dentaire dans la survenue des maladies telles que les caries ou encore les maladies parodontales et de l'importance de son élimination. Motiver le patient c'est lui faire prendre conscience de sa part de responsabilité dans le succès du traitement, sa guérison sera d'abord le fruit de ses efforts et de son assiduité ainsi que des traitements instaurés par le praticien (53).

En réalité, la motivation à l'HBD lorsqu'elle est bien conduite, peut entraîner la disparition complète de l'inflammation gingivale dans les cas débutants des maladies parodontales et une diminution notable dans les cas avancés (54).

1.1 LA MOTIVATION HORS CABINET DENTAIRE :

1.1.1 L'INFORMATION PAR LES MÉDIAS :

Les médias ont une influence directe sur les connaissances en matière de santé bucco-dentaire(55), l'intégration de nouvelles technologies dans un protocole standard de motivation à l'hygiène bucco-dentaire est efficace pour améliorer l'observance des patients adolescents et améliorer leur état de santé bucco-dentaire (56).



Figure N°03: Motivation par le biais des médias.

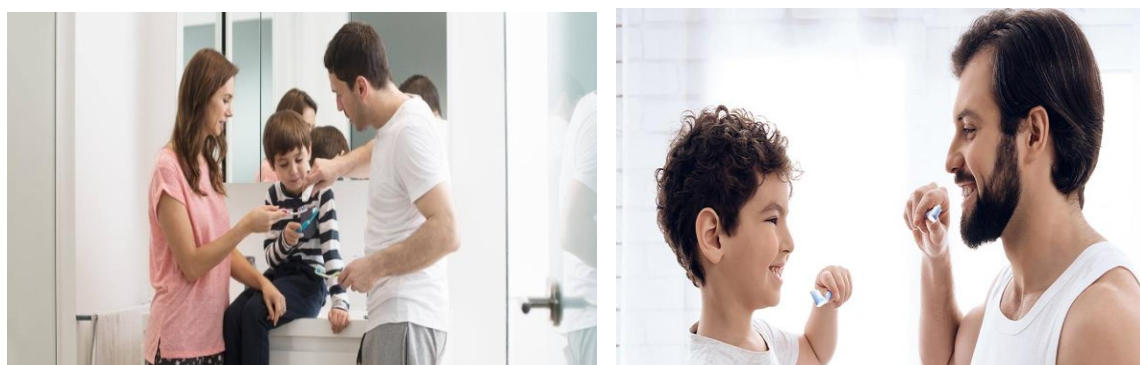
Source : <https://www.magicmaman.com/,3-applis-ludiques-pour-apprendre-a-son-enfant-a-se-brosser-les-dents>.

1.1.2 LE RÔLE DES PARENTS :

Comme les enfants de l'âge préscolaire passent la plupart de leur temps quotidien avec leurs parents, ces derniers peuvent être considérés comme les gardiens de la santé bucco-dentaire des enfants, l'établissement de bonnes habitudes de brossage de dents et de routines chez les enfants de cet âge peut être un défi pour les familles (55),(57).

Les compétences des parents en matière de gestion du comportement de l'enfant et la durée du brossage des dents menée par les parents ont été associées à une meilleure santé bucco-dentaire de l'enfant, en outre, il est nécessaire de rendre le brossage amusant (58),(59).

L'initiation précoce est également importante car une fois établies, les habitudes de brossage de dents persistent (60).



Figures N°04: Le rôle des parents dans la motivation.

Source : <https://www.groupama.fr/conseils/famille/hygiene-bucco-dentaire-chez-les-adolescents-nos-conseils>.

1.1.3 LA MOTIVATION À L'ÉCOLE :

Le dépistage dentaire en milieu scolaire permet un contact précoce des enfants avec le dentiste, ce qui peut conduire à une détection précoce ainsi qu'une intervention rapide(61).

Les programmes éducatifs sont efficaces pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire, surtout lorsqu'ils sont basés sur une formation pratique, permettant d'évaluer des connaissances et des pratiques préventives des enfants en matière de santé bucco-dentaire, de même la répétition et le renforcement jouent un rôle crucial dans la durabilité et la réussite de ces programmes(62),(55),(63).

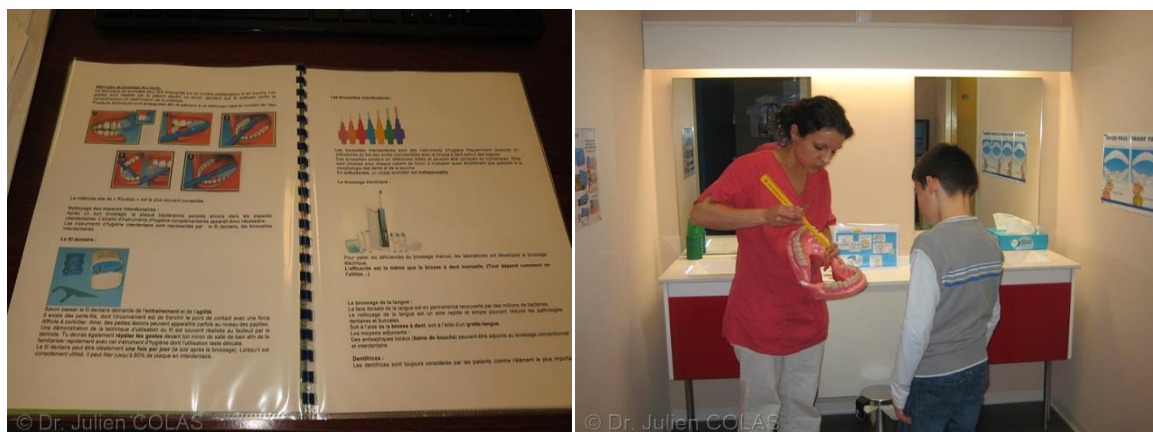
1.2 LA MOTIVATION AU CABINET :

Il s'agit de mettre en place une relation tripartite " praticien-patient-temps". L'OMS a défini l'éducation thérapeutique comme un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir, puis à maintenir les compétences dont ils ont besoin. Elle fait partie intégrante dans la prise en charge du patient (64),(65).

La première phase est consacrée à l'enseignement de l'hygiène orale qui comprend elle-même deux étapes : l'information sur la maladie et l'enseignement des méthodes de brossage, elle est suivie de la motivation qui passe par un entretien motivationnel: une observance immédiate des conseils et une autre dans le temps (66).

Pour réaliser l'éducation thérapeutique, différents supports peuvent être utilisés : vidéo, livre, brochures ou encore la démonstration sur modèle ou en bouche. Il semble que plus le support pédagogique est personnalisé, plus il est efficace.

Il est nécessaire de faire comprendre la maladie et de faire connaître les mesures préventives. Moins les patients sont ignorants plus ils sont compliants (67).



Figures N°05: La motivation au cabinet dentaire.

Sources : <https://www.idweblogs.com/odontologie-pediatrique/motiver-patient-efficacement/>.

2. LE BROSSAGE :

2.1 DÉFINITION :

Le brossage des dents consiste à procéder au nettoyage des dents et des espaces interdentaires à l'aide d'une brosse à dents et de dentifrice. Ce geste d'hygiène quotidien permet de limiter l'apparition des caries (68).

2.2 LES OUTILS DU BROSSAGE :

2.2.1 LA BROSSE À DENTS :

2.2.1.1 Définition :

La brosse à dents est un outil indispensable et irremplaçable pour avoir la meilleure hygiène bucco-dentaire. Elle est constituée d'une longue tige en plastique dont l'embout est formé en brosse. Les brosses à dents sont conçues pour répondre aux besoins des usagers selon qu'ils soient dotés d'une denture normale ou avec anomalie, disposant d'appareil dentaire ou orthodontie(69).

2.2.1.2 Brosse à dents manuelle :

La brosse à dents manuelle est connue pour son prix moins coûteux, elle fonctionne à la main. Il appartient à celui qui l'utilise de réaliser les mouvements pour éliminer les débris alimentaires et biofilms. L'efficacité du brossage repose également sur le savoir-faire de celui qui l'utilise(70).

2.2.1.3 Brosse à dents électrique :

La brosse à dents électrique est saluée pour ses performances. En effet au plus du confort offert par celle-ci, la brosse à dents électrique réalise elle-même un mouvement oscillo-rotatif pour éliminer efficacement les débris alimentaires et les biofilms dentaires(69);(71).

La Y-Brush a été présentée comme la "brosse à dents électrique de nouvelle génération", capable de brosser efficacement toutes les surfaces des dents en dix secondes seulement, 5 s pour la mâchoire du haut et 5 s pour celle du bas. Elle simplifie le brossage des dents pour tout le monde, y compris les enfants, les personnes âgées et les personnes à autonomie réduite(72).

2.2.1.4 Brosse à dents connectée :

C'est la dernière innovation des brosses à dents électriques, une combinaison des rotations d'oscillation avec la douce énergie des micro-vibrations permet un nettoyage en douceur, même le long de la ligne gingivale. La nouvelle lumière du capteur de pression intelligent fournit un renforcement positif en passant au vert lorsque la pression optimale est appliquée et au rouge lorsque la pression est trop forte.

Les utilisateurs peuvent faire l'expérience de l'interactivité en utilisant l'intelligence artificielle pour les guider lors d'une séance de brossage avec suivi des dents en 3D, via une application compatible avec la connectivité Bluetooth(73), (74).



Figure N°06 : Brosse à dents manuelle.

Source : https://fr.123rf.com/photo_64159917_brosse-%E0-dents-isol%E9es-sur-fond-blanc-illustration-3d.html



Figure N°07 : Brosse à dents électrique.

Source : <https://www.dentaly.org/les-meilleures-brosses-a-dents-électriques-test-comparatif/>



Figure N°08 : Y-brush.

Source: The next generation electric toothbrush. Br Dent J, 2020

2.2.1.5 Critères de choix de la brosse à dents :

Le choix s'effectue en premier en fonction de l'âge. Pour un premier brossage, il faut choisir la brosse à dents dédiée spécialement pour les enfants qui sont extra souples.

C'est au fur et à mesure que l'utilisateur grandit que sera choisie une brosse médium ou souple. Ensuite, se pose la question d'embout qui peut être de forme rectangulaire, ronde, à petite tête ou extra large, qui est aussi choisie en fonction de la nature et disposition des dents de l'utilisateur. C'est en effet, en fonction de cette brosse que l'on peut atteindre les parties les plus difficiles d'accès des dents. Si la tige est peu considérée par certains, celle-ci permet de mesurer la longévité ou non de la brosse à dents au fur et à mesure de son utilisation. Si l'on privilégie les critères posés par les professionnels, la question de rapport qualité-prix est aussi prise en considération lors du choix d'une brosse à dents sans se résigner sur le confort et efficacité de celle-ci(70).

2.2.1.6 Choix de brosse à dents spécifique :

Les professionnels ont mis en place diverses brosses à dents suivant la spécificité des utilisateurs(75) :

2.2.1.6.1 Brosse à dents adaptée en cas d'un traitement orthodontique :

Une brosse à dents à tête courte et étroite sur un manche semi-courbe adapté à la main, qui facilite son utilisation. La brosse à dents est pourvue de poils synthétiques qui peuvent être souples ou d'une dureté moyenne (75).

2.2.1.6.2 Brosse à dents post- chirurgicale :

La pertinence d'un contrôle approfondi du biofilm dentaire est également corrélée à une cicatrisation post-chirurgicale favorable. Plusieurs brosses à dents dédiées à l'hygiène postopératoire sont disponibles avec des poils très innovants de forme conique et à extrémité extra-fine, permettant d'éliminer le biofilm bactérien en profondeur et en douceur tout en réduisant les dommages mécaniques aux tissus et en maintenant un bon niveau d'hygiène (76).

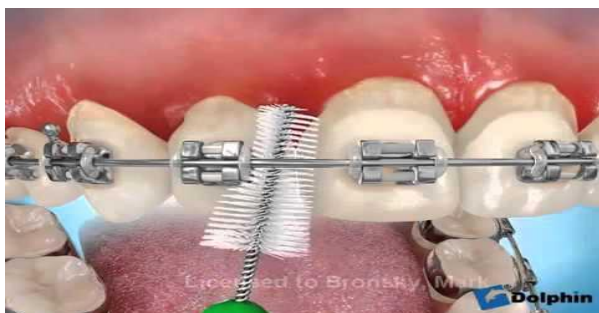


Figure N°09 : Brosse à dents en cas d'un traitement orthodontique.

Source : <https://www.orthodontie-paris15.fr/brossage-des-dents/>

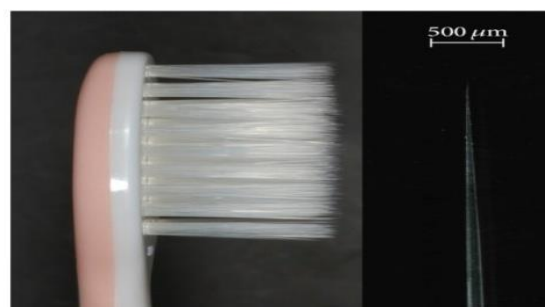


Figure N°10 : Brosse à dents post-chirurgicale.

Source: Evaluation of Clinical Effectiveness, subjective Satisfaction of a New Toothbrush for post-surgical Hygiene Care, Montevicchi et All.2015.

2.2.1.7 Le remplacement de la brosse à dents :

Les praticiens s'accordent à dire que la brosse à dents doit être changée chaque trois mois. En effet au bout de ces trois mois celle-ci est usée se reflétant par la brosse qui devient courbée, moins rigide ou n'atteigne plus les zones difficiles d'accès.

Le remplacement est aussi nécessaire lorsque l'utilisateur a eu une grippe ou suite à une autre infection. En effet, les germes de ces maladies peuvent s'incruster sur la brosse d'où la nécessité de la remplacer pour éliminer les risques de récurrences (77).

2.2.2 LES PÂTES DENTIFRICES :

2.2.2.1 Définition :

L'American Dental Association (ADA) définit le dentifrice comme une substance utilisée avec une brosse à dents, dans le but de nettoyer les surfaces dentaires(78).

2.2.2.2 Types :

2.2.2.2.1 Dentifrices cosmétiques :

Dentifrice cosmétique est une substance ou préparation autre que les médicaments, destinée à être mise en contact avec les dents et les muqueuses buccales dans le but exclusif ou essentiel de les nettoyer, parfumer, protéger, ou maintenir en bon état.

2.2.2.2 Dentifrices pharmaceutiques :

Ils sont caractérisés par l'addition de principes actifs spécifiques pour éradiquer ou prévenir certaines pathologies buccales (caries, maladies parodontales...)(79).

L'utilisation accrue des dentifrices fluorés, rend compte de l'importante diminution de la fréquence carieuse dans les pays développés. Plus récemment, le succès de l'incorporation du fluor a conduit à l'addition d'autres agents, afin de prévenir plus efficacement les maladies parodontales. Actuellement tous les dentifrices possèdent donc une ou plusieurs molécules thérapeutiques et voient leur action élargie(78).

2.2.2.3 Les différentes formes de dentifrices :

De nos jours, l'essentiel des dentifrices mis au point par les laboratoires se présentent sous la forme d'une pâte. Cependant d'autres formes sont également sur le marché (78) :

2.2.2.3.1 Les gels :

L'eau et le glycérol qui servent de solvant sont gélifiés avec des agents gélifiants tels que des dérivés de cellulose et des silicates. Les principes actifs sont les mêmes que ceux décrits dans les pâtes (32).

2.2.2.3.2 Les poudres :

Elles sont composées à base d'une ou deux poudres abrasives et détersives, des éléments astringents, calmants et alcalins. Ces poudres sont parfumées par des essences de menthe, de citron, de bergamote, de roses, etc. Les poudres proposées de nos jours ralentissent la formation du biofilm, neutralisent l'acidité et possèdent des propriétés antitaches. Il est cependant recommandé de ne pas les utiliser quotidiennement (78).

2.2.2.3.3 Les dentifrices liquides :

Ils sont appelés aussi « dentifrices et solutions dentaires 2 en 1 ». Ils ne contiennent pas d'abrasifs et n'agissent donc pas par action mécanique. Ce sont pour la plupart des solutions hydro-alcooliques formulées avec des huiles essentielles, des colorants... Leur utilisation est relativement limitée (32).

2.2.2.3.4 Autres produits à visée ambulatoire :

Il existe d'autres produits tels que les lingettes nettoyantes pour les dents (type Brush Aways), les pastilles dentaires pour nettoyage (avec bicarbonate de sodium) et le Gloss fraîcheur Rembrandt pour la brillance des dents (32).

2.2.2.4 Principaux excipients des pâtes dentifrices et leurs rôles :**2.2.2.4.1 Les agents abrasifs :**

Les agents abrasifs peuvent offrir les avantages uniques d'une performance exceptionnelle de nettoyage et de polissage des dents sans abriter indûment l'émail des dents ou la dentine(32).

2.2.2.4.2 Les agents moussants :

Présents à 1 ou 2 % dans les dentifrices, ces agents ont pour objectif de favoriser le nettoyage des dents par émulsion de la salive et du biofilm. La présence de ces agents se manifeste par la mousse qui se forme au cours du brossage (80).

2.2.2.4.3 Les agents humectants :

Utilisés pour donner à la pâte sa consistance fluide, et éviter son durcissement au contact de l'air, ces agents humectants sont le plus souvent issus de la famille des polyols: sorbitol, glycérol, xylitol, ils améliorent les propriétés organoleptiques (gout sucré) de la pâte, et augmentent son pouvoir auto-protecteur vis-à-vis des micro-organismes (78).

2.2.2.4.4 Les agents épaississants :

Les agents moussants, liants et gélifiants confèrent à la pâte dentifrice sa consistance. Au contact de l'eau ou des humectants, ils augmentent ainsi la viscosité de la pâte et favorisent la stabilité au stockage en évitant la séparation des phases (80).

2.2.2.4.5 Les agents conservateurs :

Les dentifrices doivent répondre à des impératifs bactériologiques. C'est pourquoi sont incorporés des agents conservateurs tels que des acides benzoïques, qui ont des propriétés antibactériennes (78).

2.2.2.4.6 Les arômes :

Les arômes confèrent au dentifrice sa personnalité. En effet, le goût joue un rôle déterminant dans le choix d'un dentifrice et dans la fidélité du patient à une marque particulière(78).

2.2.2.4.7 Les colorants :

Améliorer l'aspect du dentifrice(32).

2.2.2.5 Principaux principes actifs :**2.2.2.5.1 Anti-caries :**

Renforceur de l'émail dentaire, action anti bactérienne, action anti-tartre, ainsi, le fluor permet l'entretien de l'émail dentaire, indispensable pour lutter contre l'apparition des caries(32).

2.2.2.5.2 Anti-hypersensibilité dentinaire :

Permet la réduction de la perméabilité dentinaire(81), surtout par l'action du fluor Combiné au calcium et au phosphore, il rend les dents moins sensibles aux attaques acides des aliments, aux bactéries et favorise la reminéralisation de l'émail (82).

2.2.2.5.3 Anti-inflammatoire :

Permet d'apaiser l'inflammation gingivale (32).

2.2.2.5.4 Anti-hyposialie :

Il a un effet protecteur proche de celui de la salive (32).

2.2.2.5.5 Anti-halitose :

Il y a un principe actif qui réduit les composés sulfurés volatils ou les transforment en composés non volatils (83).

2.2.2.5.6 Anti-taches :

Aide à éliminer efficacement les colorations extrinsèques due au café, au thé, au tabac...(84).

3. LES TECHNIQUES DU BROSSAGE :

3.1 AVEC UNE BROSSE À DENTS MANUELLE :

3.1.1 LA MÉTHODE CIRCULAIRE :

Elle est fondée sur une série de mouvements circulaires allant de la gencive maxillaire à la gencive mandibulaire en imprimant une légère pression, c'est une méthode réservée pour les enfants ou les personnes handicapées (85).

3.1.2 LA TECHNIQUE DE ROULEAU :

La brosse à dents effectue un mouvement de rotation de la gencive vers la dent avec une pression modérée (24).



Figure N°11: Méthode de Rouleau.

Source : RAJABALY Aiaz. Rôle et intérêt des différents produits liés à l'hygiène et aux soins bucco-dentaire à l'officine.2015.

3.1.3 TECHNIQUE DE STILMAN :

La méthode de Stilman est employée pour stimuler les gencives. Les poils sont assimilés positionnés à la méthode Bass, ces derniers posent en partie sur les gencives et en partie sur la dent. Utilisant un mouvement vibratoire une légère pression est exercée pour stimuler les gencives (86).

3.1.4 MÉTHODE DE BASS MODIFIÉE :

La brosse à dents est placée à un angle de 45 degrés au bord de la gencive et des petits mouvements circulaires sont effectués sur place. Puis des mouvements de va et vient pour le brossage des surfaces de mastication(86).

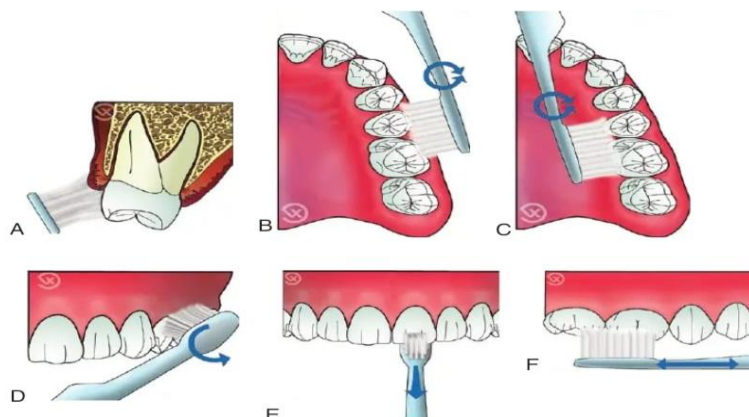


Figure N°12 : Méthode de Bass modifiée.

Source : Guide pratique de chirurgie parodontale (François Vigouroux).

3.1.5 TECHNIQUE DE CHARTERS :

L'orientation de la brosse par rapport à la dent est l'inverse de celle de la technique de Stilman, dirigée donc vers la couronne dentaire, et le mouvement rotatoire est effectué vers le bord incisif des dents. Cette technique est intéressante lorsque les papilles interdentaires ne remplissent plus l'espace interdentaire, dans la mesure où les poils de la brosse vont venir s'écraser le long des faces proximales des dents(86).

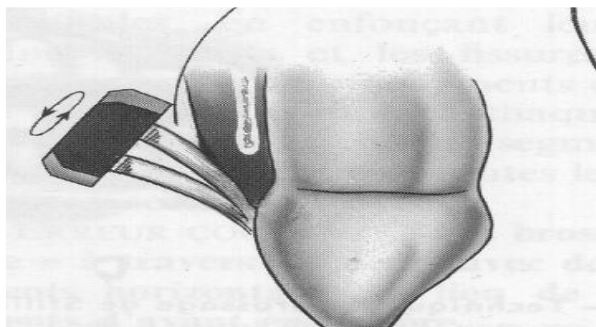


Figure N°13 : Technique de Charters.

Source : VIDOT, F- THOUVENIN, F. Essai clinique d'une nouvelle brosse à dents électrique, la dr32 chez l'adulte, faculté de Marseille : centre dentaire Gaston BERGER, P4.

3.2 AVEC BROSSÉ À DENTS ÉLECTRIQUE :

La brosse à dents est positionnée à un angle de 45° par rapport à la gencive avant de l'utiliser. Il est conseillé de déplacer délicatement la brosse d'une dent à l'autre, en prenant soin de passer sur toute la surface de la dent(87).

3.3 FRÉQUENCE, DURÉE ET MOMENT DU BROSSAGE :

Un brossage dentaire est nécessaire pour désorganiser le biofilm bactérien. Il est recommandé de l'effectuer après chaque repas, pendant trois minutes, trois fois par jour, cela permet d'assurer la prophylaxie des maladies parodontales ainsi que la maladie carieuse. Il faut attendre au moins 30 minutes pour se brosser les dents après avoir consommé des boissons et/ou des fruits acides car ces produits fragilisent l'émail pendant leur consommation, ce qui pourrait donc faciliter son érosion lors du brossage(88).

4. LES ADJUVANTS DU BROSSAGE :

4.1 MÉCANIQUES :

4.1.1 LE FIL DENTAIRE :

L'utilisation quotidienne du fil dentaire permet de compléter l'utilisation de la brosse à dents.

Après un brossage des dents appliqué, un fil de 45 cm tendu et guidé par les deux pouces dans l'espace interdentaire. Ce fil franchit délicatement le point de contact de deux dents adjacentes pour ne pas léser la gencive interdentaire.

Le fil va se glisser par la suite par des mouvements de haut en bas en commençant sous la gencive. Une portion propre de fil pour chaque dent(89) .

4.1.2 BROSSETTES INTER-DENTAIRES :

Les brossettes sont utilisées pour nettoyer les espaces inter-dentaires chez les sujets ayant des problèmes de gencives ou dans les cas d'espaces larges permettant de compléter l'utilisation de la brosse à dents. La taille de la brossette doit être adaptée à la taille de l'espace (32);(71).



Figure N°14 : Brossette inter-dentaire.

Source : Guide pratique de chirurgie parodontale (François Vigouroux).



Figure N°15 : Fil dentaire.

Source : Philippe bouchard ; Parodontologie et dentisterie implantaire. Volume1. Médecine parodontale.

4.1.3 BÂTONNETS INTER-DENTAIRES :

Le bâtonnet inter-dentaire est fait d'une pointe caoutchouc montée sur un manche en plastique. Dont la forme triangulaire permet d'épouser les contours de l'espace inter-dentaire. Son emploi nécessite néanmoins que l'espace soit assez large, pour ne pas léser la gencive(90).

4.1.4 HYDROPULSEURS :

Ces appareils permettent de déloger efficacement les débris alimentaires qui se logent au niveau de l'espace inter-dentaire, ils massent la papille, provoquent une vasodilatation intensifiant le métabolisme de la gencive (91).

4.1.5 BROSSAGE DE LA LANGUE :

La face dorsale de la langue, avec ses papilles et ses villosités, est un écosystème dans lequel se retrouvent un grand nombre d'espèces bactériennes parodontopathogènes (92).

Les grattes langues sont plus efficaces dans le nettoyage lingual et l'élimination des bactéries qu'une brosse classique(24).

Le brossage lingual a comme avantages de combattre la mauvaise haleine (93), d'améliorer l'aspect de la langue et la sensation gustative (94).



Figure N°16 : Brossage de la langue.

Source : Philippe bouchard ; Parodontologie et dentisterie implantaire volume 1 : médecine parodontale.

4.1.6 GOMME À MÂCHER :

Sans sucre, elles peuvent avoir leur intérêt, en particulier en dépannage après un repas pris en dehors du domicile, car mâcher un chewing-gum stimule la salivation, induit une augmentation du PH buccal et exerce un effet mécanique de nettoyage(32).

4.2 CHIMIQUES :

4.2.1 LES BAINS DE BOUCHE :

4.2.1.1 Définition :

Solution antiseptique et souvent calmante, utilisée à la suite de soins dentaires(95).

Il s'agit d'une opération consistant à baigner ses dents, muqueuses et gencives avec une solution destinée à assainir et à entretenir son hygiène bucco-dentaire(96).

4.2.1.2 Rôle :

Les bains de bouche sont utilisés en complément du brossage des dents pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire, offre l'avantage de réduire le biofilm bactérien, et de prévenir les maladies bucco-dentaires ainsi que la mauvaise haleine (97).

4.2.1.3 Types :

Le rince-bouche peut servir tant à titre préventif que curatif (ou thérapeutique), mais aussi tout simplement pour une question de confort personnel. Et selon l'objectif visé, les produits et indications diffèrent (98).

4.2.1.3.1 Le bain de bouche curatif :

Traitement d'appoint fortement alcoolisé, il intervient dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une extraction dentaire ou encore en cas de maladies parodontales, lesquelles touchent et détruisent les tissus soutenant les dents (os et gencives) (95).

Disponible uniquement sur ordonnance, ce type de bain de bouche ne doit pas être utilisé sur le long terme, ce qui mènerait à un déséquilibre de la flore buccale (98).

4.2.1.3.2 Le bain de bouche préventif :

Plus faiblement dosé en alcool que son homologue thérapeutique, et contenant parfois du fluor, on l'utilise essentiellement pour éviter aux caries et parodontites de récidiver ainsi que pour protéger l'émail abîmé, qui provoque une hypersensibilité notamment au chaud ou au froid. Il est également indiqué pour favoriser l'hygiène bucco-dentaire des personnes porteuses d'un appareil fixe (98).

4.2.1.3.3 Le bain de bouche dit « de confort » :

Il constitue un bon complément au brossage des dents, sans bien sûr pour autant pouvoir s'y substituer. D'une manière générale, il offre davantage une sensation de fraîcheur qu'il ne participe à l'hygiène bucco-dentaire (98).

4.2.1.4 Indications – préparation et mode d'emploi :**4.2.1.4.1 Bains de bouche commercialisés :****4.2.1.4.1.1 Chlorhexidine :**

Souvent appliquée lors des visites chez le médecin dentiste afin de réduire la flore bactérienne buccale. Peut être utilisée pour la prévention et le traitement de certaines formes de parodontopathies, il est également possible de limiter les saignements gingivaux(99).

Il s'utilise localement, en bain de bouche à diluer. La posologie est de 10 à 15 ml de solution à diluer avec de l'eau tiède jusqu'au trait supérieur. Les bains de bouche sont à effectuer après brossage des dents 2 fois par jour, jusqu'à 3 fois par jour, sachant que la dose à ne pas dépasser est de 20 ml de solution 3 fois par jour. L'utilisation de Chlorhexidine ne doit pas dépasser 2 semaines (100).

4.2.1.4.1.2 Hexétidine :

C'est un antiseptique de synthèse dérivé de la pyrimidine. Son action serait antibactérienne en bloquant la synthèse d'adénosine triphosphate (ATP), et antifongique. Hexétidine possède une capacité de rétention aux surfaces dentaires bien moins importante que la chlorhexidine (21),(101),(102).

4.2.1.4.1.3 Sanguinarine :

Produit naturel extrait d'une plante appelée "sanguinaria canadensis" longtemps utilisée en médecine pour ses propriétés antitussives (103),(104).

4.2.1.4.1.4 Triclosan :

Grâce à sa haute teneur en triclosan, il prévient l'accumulation du biofilm et l'inflammation gingivale. Il possède des propriétés antibactériennes et antifongiques (105).

4.2.1.4.1.5 *Listerine* :

Elle est composée d'huiles essentielles (Thymol, eucalyptol, méthylsalicylate, menthol), indiquée pour les patients atteints d'une maladie parodontale, pour le contrôle des bactéries cariogènes, et pour les patients porteurs des prothèses fixées, implants ou appareils orthodontiques. En outre, elle favorise la cicatrisation des plaies (106),(107),(108).

Utilisée deux fois par jour, pendant 30 secondes après le brossage des dents, 20 ml de solution suffisent (109).

4.2.1.4.2 *Préparations magistrales* :

4.2.1.4.2.1 *Pour une mauvaise haleine* :

- Eau oxygénée 10 % (100ml) + sérum physiologique (300 ml).
- Flagyl® (Métronidazole) suspension buvable : Une mesure diluée dans de l'eau, en bains de bouche de 4 minutes le matin sans avaler pendant 7 jours(110).

4.2.1.4.2.2 *Douleurs buccales* :

- Xylocaïne® 2% (1 flacon 20 ml) + Bicarbonate de Na 1,4% (500 ml).
- Solupred® 5mg : Un comprimé dans un verre d'eau en bains de bouche de 4 minutes 2 fois par jour sans avaler et rinçage de la cavité buccale à l'eau(111).

4.2.1.4.2.3 *Hémorragie* :

- Bicarbonate de Na 1,4%.
- Dicynone® injectable 250 mg : Une ampoule dans un verre d'eau.
- Exacyl® ampoule buvable 1 gramme : Une ampoule dans un verre d'eau(111).

4.2.1.4.2.4 *Mycose* :

-Bicarbonate 1,4% : 1 flacon de 500 ml + Mycostatine® 24 ml : 1 flacon, utilisation en bains de bouche environ toutes les 4 heures. Cette préparation est instable et ne se conserve que 3 jours à température ambiante (112).

4.2.1.4.2.5 Aphte :

-Chlorhexidine 0,2% en association avec bicarbonate de Na 1,4% (500ml), utilisées en bain de bouche (113).

5. HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT :

Dès sa première dent, votre enfant peut présenter un risque de carie. Il est donc essentiel de prendre soin des dents de lait dont la bonne santé conditionne celle des dents définitives (59).

5.1 BROSSAGE DES DENTS :

À chaque âge sa méthode :

- DE 6 MOIS À 1 AN :

À cet âge, il est recommandé de masser les muqueuses et les dents avec une lingette propre humectée (114).

- DE 1 À 5 ANS :

Avant l'âge de 2 ans, l'enfant doit apprendre à brosser ses premières dents, sans dentifrices, ce dernier risquant d'être avalé(32).

Dès 2 ans, deux brossages par jour seront nécessaires: un le matin et un le soir avant le coucher. Utiliser une brosse à dents spécialement conçue pour les bébés. La tête de la brosse doit être petite, adaptée à leur bouche (85).

À cet âge la direction des mouvement de brossage n'a pas vraiment d'importance, quel que soit de haut en bas, d'avant en arrière ou en cercle, ce qui importe c'est que l'enfant adopte une bonne hygiène bucco-dentaire dans sa routine quotidienne en nettoyant correctement toutes les dents avec un encadrement approprié (115).

- À PARTIR DE 6 ANS :

La maturité psychomotrice fait que l'enfant ne peut être efficace qu'à partir de 8 ans environ.

La technique de brossage des dents : Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser les dents et gencives du rose vers le blanc, la brosse est inclinée à 45° sur la gencive, Suivant un trajet pour faire le tour de toutes les dents, un brossage transversal sur les faces occlusales des

molaires permanentes est souvent nécessaire, pour les incisives permanentes, l'attention sera portée au massage gingival vestibulaire, complété par un brossage lingual (116),(59),(77).

L'utilisation du fil dentaire est également une bonne habitude à leur donner (59).

5.2 SUPPLÉMENTATION FLUORÉE :

Naturellement présent dans les tissus calcifiés, le fluor est lié à la molécule apatite de façon réversible, il a une action inhibitrice sur le développement des bactéries cariogènes.

Si les doses de fluor ingérées dépassent les normes, un risque de fluorose de l'émail existe. Les recommandations actuelles visent à privilégier les applications locales du fluor pour éviter ce risque.

De 0 à 2 ans : si l'eau utilisée pour la préparation des biberons a une teneur en fluor inférieure ou égale à 0.3 mg/l, un apport complémentaire fluoré sera prescrit.

De 2 à 6 ans : utilisez un dentifrice dont la teneur en fluor inférieure ou égale à 500 ppm.

De 6 à 12 ans: le dosage du dentifrice en fluor passe à 1500 ppm (114).

5.3 HYGIÈNE DIÉTÉTIQUE :

Un équilibre alimentaire est fondamental ainsi qu'une routine bucco-dentaire saine (114).

Les programmes d'éducation nutritionnelle devraient être intégrés dans tous les programmes de santé et d'éducation (117).

Des repas équilibrés en protéines, glucides et lipides permettent d'éviter le problème de grignotage (114).

Les études réalisées à ce jour démontrent que le lait et les produits laitiers jouent un rôle clé dans la prévention des problèmes de santé dentaire, tels la carie dentaire et la parodontite en inhibant l'adhérence des bactéries orales à l'hydroxyapatite (118), (119), (120).

5.4 CONTRÔLE D'UN BON BROSSAGE :

Pouvoir visualiser et faire prendre conscience de l'existence du biofilm est un acte de motivation absolument majeur. On révèle la présence des biofilms par l'application de produits tels que: l'éosine, l'érythrosine, le mercurochrome, le bleu de méthylène, la

fluorescéine... Montrer au patient son biofilm et lui raconter la manière dont il applique son hygiène est généralement un excellent moment de détente (121), (122).



Figure N°17 : Biofilm dentaire supra-gingival d'un homme de 32 ans avant et après avoir utilisé le révélateur de plaque.

Source: Periodontics: Medicine, Surgery and Implants 1st Edition (Louis Rose, Brian Mealey, Robert Genco).

6. L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LE SUJET ÂGÉ :

À tous les âges de la vie, au domicile comme à l'hôpital ou en institution, une bonne hygiène bucco-dentaire est une source de bien-être général.

La poly pathologies et la difficulté de la prise en charge des patients âgés impliquent la mise en place de mesures préventives, démarche pluridisciplinaire nécessitant que l'odontologiste travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales et paramédicales.

Avec : une sensibilisation aux pathologies bucco-dentaires et à leurs répercussions sur la santé générale, une formation spécifique à l'hygiène buccale ainsi qu'un dépistage des pathologies bucco-dentaires et l'instauration d'un suivi régulier (123).

Le programme d'hygiène buccale a plusieurs objectifs : maintenir un niveau d'hygiène buccale satisfaisant, faciliter l'alimentation et la communication, éliminer les débris alimentaires pour limiter les pathologies infectieuses qui peuvent en découler (124).

6.1 LE BROSSAGE DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE AUTONOME :

Se brosser les dents avec douceur pendant 3 minutes.

- Pour les porteurs de prothèses amovibles, leur demander d'ôter d'abord la (ou les) prothèse(s), pas de brossage avec les prothèses en bouche.
- La personne se brosse séparément les dents du haut (maxillaire) et les dents du bas (mandibule), avec la brosse, faire des mouvements circulaires en frottant les dents et en massant les gencives, pratiquer le brossage tout au long des arcades en déplaçant la brosse à dents à chaque fois de sa longueur, ne pas oublier la face interne des dents, ainsi que les dents de sagesse parfois difficiles à atteindre.
- Terminer par un brossage horizontal des faces occlusales des prémolaires et molaires pour nettoyer les anfractuosités et sillons des dents et enfin brosser la langue (125).
- Après chaque repas, le brossage doit être réalisé au moins une fois par jour. Si un seul brossage est effectué, préférer celui du soir chez les personnes ayant encore leurs dents naturelles (125).

6.2 LE BROSSAGE DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE :

Le brossage de cette personne est effectué par un membre de sa famille, il lui effectue un brossage des dents habituel et il doit nécessairement nettoyer les muqueuses et la langue avec des compresses enroulées autour de l'index (125).

7. L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE HANDICAPÉE :

La classification internationale de l'handicap (CIH) en 1980, décrivait ce dernier comme une déficience (atteinte du corps) entraînant une incapacité (préjudice fonctionnel) où le patient handicapé devait s'adapter à la société, les patients porteurs d'un handicap ont une santé bucco-dentaire fragilisée par leur difficulté dans la réalisation du brossage (126).

7.1 AUTONOME :

La personne handicapée doit être encouragée à brosser elle-même ses dents et/ ou l'entretien de ses prothèses amovibles ou gouttières.

Toujours le brossage de l'arcade supérieure est effectué en premier pour éviter le réflexe nauséux trop précoce, avec des mouvements circulaires puis un brossage horizontal des faces masticatoires (126),(127).

7.2 DÉPENDANTE :

Le brossage est effectué à la position semi assise en cas de trouble de déglutition, ou alors allongée sur le côté pour les personnes alitées, complété par un nettoyage des muqueuses et de la langue.

Le brossage doit être réalisé au moins deux fois par jour. Si un seul brossage est effectué, privilégiez celui du soir (127).

8. SITUATIONS SPÉCIFIQUES :

8.1 EN PRÉSENCE D'UN APPAREIL D'ORTHODONTIE :

Le contrôle du biofilm dentaire est le consensus majeur lors d'un traitement orthodontique pour prévenir l'apparition de caries et d'inflammations parodontales. Les méthodes de brossage de Stilman modifiée et celle de Bass, sont les plus utilisées chez ces patients.

-Des brossettes flexibles manuelles : permettent de nettoyer efficacement et avec douceur les bagues ainsi que les zones intermédiaires ;

-Du fil dentaire : complète parfaitement le nettoyage à la brosse à dents ;

-Un hydropulseur (jet dentaire) il permet d'accéder à toutes les zones de la cavité buccale sans effort (128).

8.1.1 APPAREILLAGE AMOVIBLE :

Après chaque repas, il faut :

-Retirer l'appareillage de la bouche ;

-Se brosser les dents soigneusement ;

-Nettoyer l'appareillage afin d'éliminer les débris alimentaires puis le remettre en bouche(129).

8.1.2 APPAREILLAGE FIXE :

La brossette inter-dentaire possède le plus performant pouvoir nettoyant pour les espaces inter-dentaires (129).

8.2 HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE EN PRÉSENCE D'UN IMPLANT / BRIDGE ET UNE PROTHÈSE DENTAIRE :

Les implants, bridges et prothèses dentaires nécessitent une hygiène bucco-dentaire plus rigoureuse qu'une dent naturelle.

Le niveau d'hygiène bucco-dentaire est étroitement lié au succès à long terme du traitement implantaire (89).

Le brossage des dents et des implants/bridges/prothèse doit être effectué après chaque repas, au minimum deux fois par jour pendant trois minutes (104).

L'utilisation contrôlée d'une brosse à dents électrique, des hydropulseurs, de brossettes interdentaires et de fil dentaire offre un nettoyage très performant, et donc un succès à long terme du traitement (130).

Il faut procéder au nettoyage de la prothèse avec une brosse à dents en ajoutant du savon ou d'un dentifrice non abrasif, et un brossage des dents naturelles en cas de prothèse partielle ; des gencives ; de la langue avec un dentifrice au fluor. Cela permet de retirer le biofilm, de stimuler la circulation et garantit une santé bucco-dentaire.

La désinfection de la prothèse est indispensable. Il faut l'assurer une fois par jour en faisant tremper 10 à 15 min l'appareil dans une solution antiseptique et un contrôle régulier chez le médecin dentiste reste indispensable (91).

Elles doivent être retirées au moins huit heures par jour, de préférence la nuit, et les déposer toujours dans un récipient rempli d'eau pour éviter toute déformation des matériaux (32).

Matériel et Méthodes

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

1. TYPE D'ÉTUDE :

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale.

2. CADRE ET DURÉE D'ÉTUDE :

L'étude a été menée au sein du service de parodontologie du CHU- Tlemcen pendant une durée de six mois, allant du Septembre 2019 à Mars 2020 durant les séances cliniques des internes.

3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

3.1 OBJECTIF PRINCIPAL :

Évaluer la pratique des mesures de l'hygiène bucco-dentaire des patients consultant au service de parodontologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen.

3.2 OBJECTIFS SECONDAIRES :

- Mettre en évidence les éventuelles failles de la pratique des différentes mesures de l'hygiène bucco-dentaire ;
- Orienter la réflexion concernant les moyens d'y remédier.

4. POPULATION D'ÉTUDE :

L'étude clinique a porté sur une population comprenant les patients se présentant en consultation au service de parodontologie CHU-Tlemcen avec état général sain ou pathologique, sans distinction d'âge et de sexe.

4.1 CRITÈRES D'INCLUSION :

Tous les patients consultant au service de parodontologie CHU- Tlemcen, pris en charge par les internes (avec dossier complet).

4.2 CRITÈRES DE NON INCLUSION :

- Les patients pris en charge par les autres praticiens ;
- Les patients refusant de participer à l'étude.

Partie pratique

5. MATÉRIEL :

Pour réaliser notre étude, ont été utilisés :

- Fauteuil dentaire ;
- Un plateau de consultation contenant un miroir, une précelle, une sonde parodontale graduée de Williams ;
- Un champ opératoire ;
- Coton salivaire ;
- Ouvre bouche ;
- Appareil photo ;
- Ordinateur, Logiciels EXCEL et SPSS.



Figure N°18 : Le plateau de consultation et l'ouvre bouche (CHU-Tlemcen).

Source : mémoire « Etude descriptive des caractéristiques parodontales des patients atteints de la polyarthrite rhumatoïde admis au service de parodontologie CHU-Tlemcen » ; 2018-2019 ; Abdelali Saliha – Medjaoui Hadjira.

6. MÉTHODOLOGIE :

6.1 RECUEIL DES DONNÉES :

Une fois les patients sélectionnés, des photos ont été prises lors de cette première séance et un examen clinique minutieux a été effectué, les informations et les données recueillies ont été reportées sur une fiche d'enquête. Le diagnostic a été confirmé par les enseignants.

Une fiche d'enquête a été élaborée à cet effet. Elle comprend deux parties : l'anamnèse (identification du patient, le corps du questionnaire qui comprend : le motif de consultation, antécédents généraux, antécédents stomatologiques, renseignements concernant les mesures d'hygiène), et l'examen clinique proprement dit, aboutissant aux diagnostics (Annexe).

Tous les patients ont été par la suite pris en charge.

6.2 LES PARAMÈTRES BUCCO-DENTAIRES :

Les différents indices et paramètres utilisés sont décrits ci-dessous :

6.2.1 L'IPSE (L'INDICE DE POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE) :

L'IPSE a été apprécié selon la formule suivante :

$$\text{IPSE} = \hat{\text{Age}} - 6 \times \text{NF} - 4 \times \text{CP} + 55 \quad (131).$$

Tableau N°II : Niveau de formation (NF).

1	Université, haute école.
2	Formation professionnelle supérieure.
3	Maturité, baccalauréat.
4	Maturité professionnelle, école professionnelle.
5	Apprentissage.
6	Ecole obligatoire.
7	Moins que l'école obligatoire.

Source : Genoud, P.A, Indice de position socioéconomique (IPSE): un calcul simplifié. Fribourg:

Université de Fribourg. Retrieved from <http://www3.unifr.ch/cerf/fr/indice-de-positionsocioeconomique.html>, 2011.

Partie pratique

Tableau N°III : Catégories professionnelles (CP).

1	Dirigeants, cadres supérieurs, cadres de direction.
2	Professions intellectuelles et scientifiques (ingénieurs, médecins, professeurs, avocats, etc.....).
3	Professions intermédiaires (techniciens, infirmiers, comptables, inspecteurs de police, etc.....).
4	Employés administratifs (secrétaires, standardistes, guichetiers, etc.....).
5	Personnel des services et de la vente (cuisiniers, serveurs, coiffeurs, pompiers, guides, vendeurs, etc.....).
	Agriculteurs, pêcheurs, etc.....).
6	Artisans et ouvriers (maçons, charpentiers, couvreurs, plâtriers, potiers, bouchers, boulangers, couturiers etc.).
7	Conducteurs de machine et de robots industriels, grutiers, chauffeurs de taxi, pilotes de locomotives etc.
	Ouvriers et employés non qualifiés (éboueurs, livreurs, aides de ménage, vendeurs ambulants etc.).

Source : Genoud, P.A, Indice de position socioéconomique (IPSE): un calcul simplifié. Fribourg:

Université de Fribourg. Retrieved from <http://www3.unifr.ch/cerf/fr/indice-de-positionsocioeconomique.html>, 2011

Partie pratique

Tableau N°IV : Position socio-économique relative.

IPSE	Position socioéconomique relative
1-35	Classe inférieure.
36-54	Classe moyenne inférieure.
55-67	Classe moyenne.
68-80	Classe moyenne supérieure.
>80	Classe supérieure.

Source : Genoud, P.A, Indice de position socioéconomique (IPSE): un calcul simplifié. Fribourg:

Université de Fribourg. Retrieved from <http://www3.unifr.ch/cerf/fr/indice-de-positionsocioeconomique.html>, 2011

6.2.2 L'INDICE DE PLAQUE (PI) DE « LÖE ET SILNESS » (1964) :

0 : Pas de plaque ;

1 : La plaque ne se voit qu'en raclant la surface dentaire avec la sonde ;

2 : La plaque ne se voit à l'œil nu, qu'après avoir asséché le sillon gingivo-dentaire ;

3 : Accumulation importante de plaque (132).

L'indice de plaque était évalué pour chaque patient, en calculant la moyenne des différents secteurs de la cavité buccale ; (la somme des six scores attribués aux six secteurs examinés "antéro-supérieur, latéral supérieur droit et gauche, antéro-inférieur, latéral inférieur droit et gauche", divisé par six).

6.2.3 L'INDICE D'INFLAMMATION GINGIVALE (GI) DE « LÖE ET SILNESS » (1963) :

0 : La gencive est saine ;

1 : Légère inflammation, léger changement de forme et de couleur sans saignement ;

2 : Inflammation modérée, érythème, œdème, saignement au sondage et à la pression ;

3 : Inflammation sévère, érythème, œdème important, saignement spontané, ulcération, suppuration (132).

Partie pratique

-La moyenne de l'indice d'inflammation gingivale a été calculée de la même façon que pour l'indice de plaque PI.

6.2.4 LA PROFONDEUR DES POCHE :

La profondeur de la poche (PP) retenue pour chaque patient a été obtenue par le calcul de la moyenne des différentes profondeurs des poches.

6.2.5 LA PERTE D'ATTACHE :

La moyenne de la perte d'attache (PAC) a été calculée de la même manière que pour la PP.

6.2.6 L'INDICE CAO :

L'indice CAO a été utilisé pour apprécier l'état dentaire :

C : cariées ;

A : absentes à cause de la carie ;

O : obturées (133).

L'indice (CAOD) moyen a été calculé par la somme des dents cariées, absentes à cause de la carie, et obturées individuelles, divisée par le nombre total de l'échantillon (les DDS sont exclues).

Le niveau d'atteinte carieuse est jugé donc par rapport au CAOD moyen (134).

6.2.7 L'INDICE DE MOBILITÉ DENTAIRE « SELON ARPA » (1967) :

0 : Mobilité physiologique ;

1 : Mobilité perceptible au doigt, non visible à l'œil nu ;

2 : Mobilité perceptible au doigt, visible à l'œil nu, inférieure à 1 mm ;

3 : Mobilité perceptible au doigt, visible à l'œil nu, supérieure à 1 mm ;

4 : Mobilité dans tous les sens (132).

L'indice de mobilité d'ARPA de chaque patient a été obtenu par le calcul de la moyenne des différents scores de la cavité buccale. (La somme des scores obtenus / le nombre des dents examinées).

Partie pratique

6.2.8 L'INDICE D'ABRASION DENTAIRE « SELON AGUEL » :

0 : Pas d'abrasion ;

1 : Abrasion au niveau de l'émail ;

2 : Abrasion au niveau de l'émail avec apparition d'ilots dentinaires ;

3 : Abrasion au niveau de l'émail avec apparition de surface dentinaire ;

4 : Abrasion importante où la pulpe est vue par transparence ;

5 : Mise à nu de la pulpe (135).

La moyenne de l'indice d'abrasion dentaire a été calculée de la même manière que l'indice de mobilité dentaire.

6.3 L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES :

Le logiciel IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisé pour l'analyse des données et la réalisation des tests statistiques.

L'Excel a été utilisé pour la réalisation des graphes.

Le test du Khi-2 a été utilisé pour comparer la différence statistique entre les variables qualitatives, Le test t de Student et le test ANOVA ont été utilisés pour comparer la différence statistique entre les variables qualitatives et quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative, $< 0,01$ très significative.

6.4 ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE :

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été respectés, l'accord verbal de participation ainsi que pour la prise des photos de chaque sujet inclus dans l'étude a été demandé et obtenu.

Résultats

1. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS :

1.1 DESCRIPTION DES PATIENTS RETENUS DANS L'ÉTUDE :

Notre échantillon d'étude est constitué de 134 patients ayant répondu à nos critères d'inclusion et de non inclusion.

Le taux de participation a été estimé à 100 %.

1.1.1 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE :

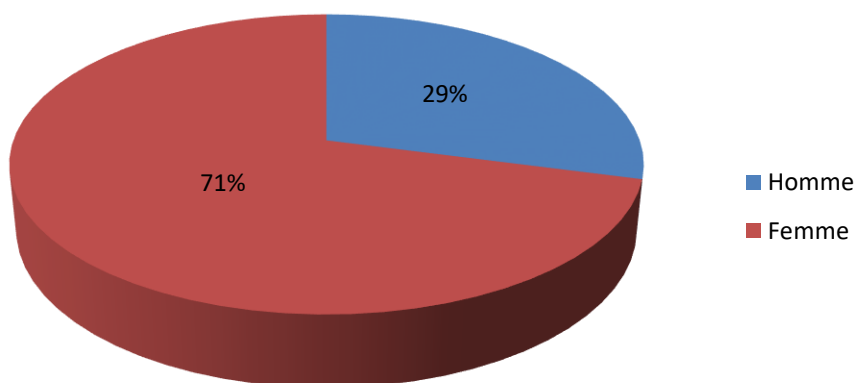


Figure N°19 : La répartition des patients selon le sexe.

Le sexe féminin était le plus prédominant à 71%, avec un sex ratio de 0,40 (Figure N°19).

1.1.2 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE :

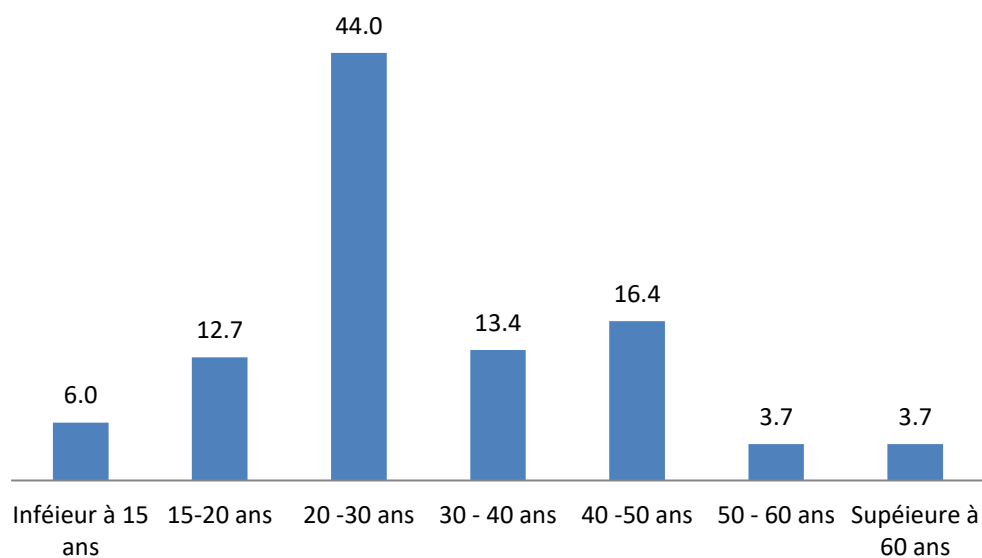


Figure N°20 : La répartition des patients selon l'âge.

L'âge moyen de nos patients était de $30,18 \pm 1,14$ ans s'étalant entre 10 et 72 ans, avec un écart type de 13,21.

La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 20-30 ans (44%), suivie par des patients âgés entre 40-50 ans (16,4%). Les tranches d'âge les moins représentées étaient celle entre 50-60 ans, et supérieure à 60 ans à 3,7% (Figure N°20).

1.1.3 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ADRESSE :

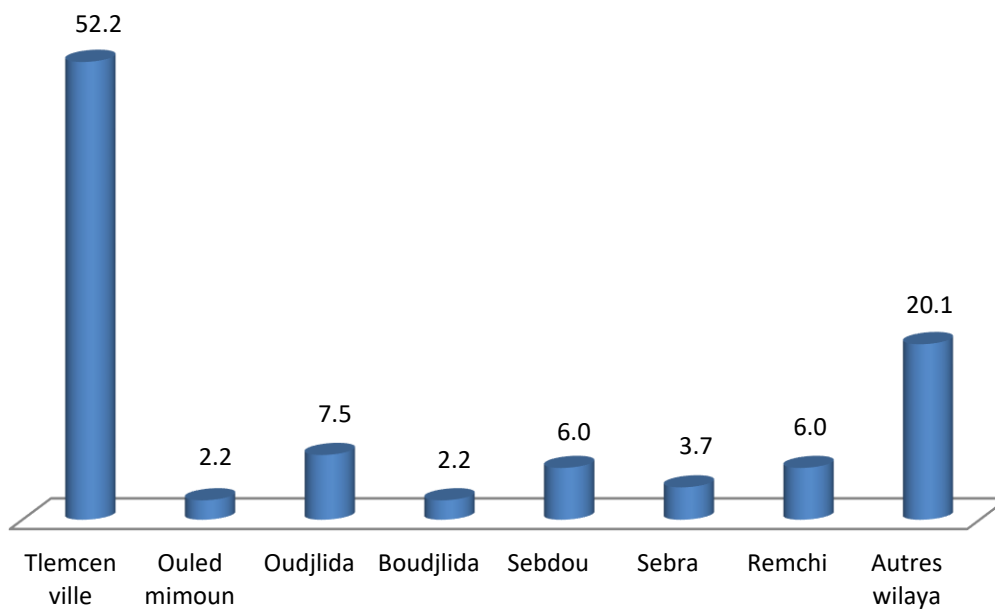


Figure N°21 : La répartition des patients selon l'adresse.

Plus de la moitié (52,3 %) de nos patients étaient des personnes demeurant à Tlemcen ville, 7,5 % à Oudjlida, 6% à Remchi et à Seb dou.

Les patients habitant d'autres wilayas ont été quand même représentés à 20,1% (Figure N°21).

1.1.4 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE :

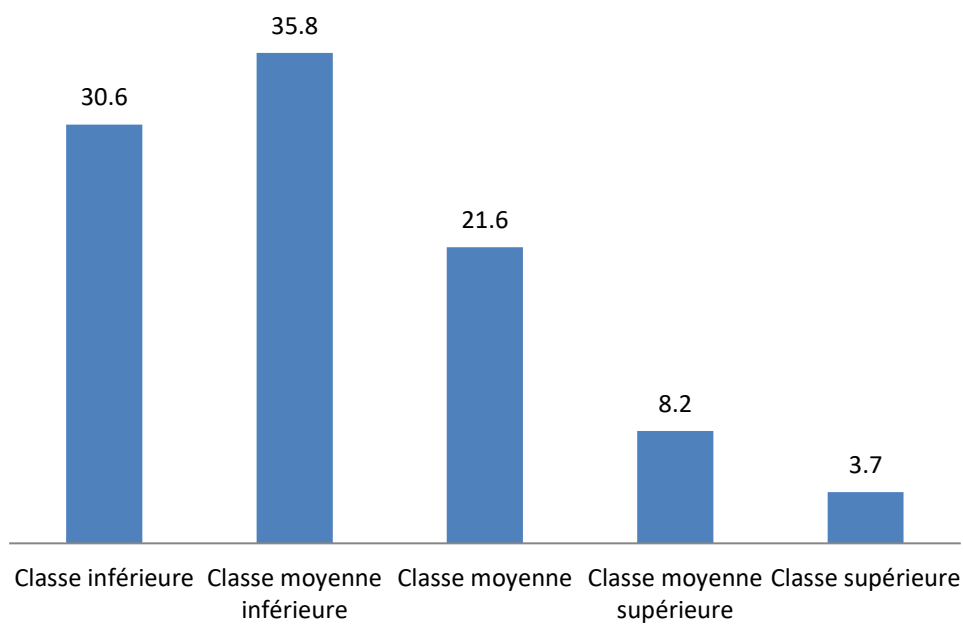


Figure N°22 : La répartition des patients selon l'indice de position socio-économique.

La majorité de nos patients (35,8%) appartenait à la classe moyenne inférieure, 30,6% à la classe inférieure, et seulement 3,7% à la classe supérieure (Figure N°22).

1.1.5 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION :

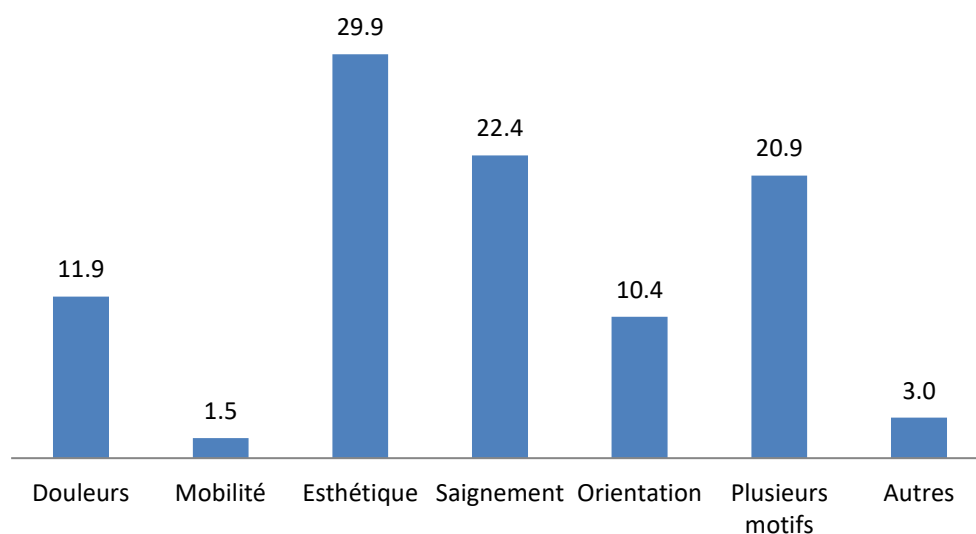


Figure N°23 : La répartition des patients selon le motif de consultation.

L'esthétique était le motif de consultation le plus apparent avec une fréquence de 29,9%, suivi du saignement à 22,4%.

La mobilité était le motif le moins représenté à 1,5% et 20,9% de nos patients venaient consulter pour plusieurs motifs à la fois à savoir « l'halitose -le saignement », ou alors « douleurs –mobilité » (Figure N°23).

1.1.6 LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX PERSONNELS :

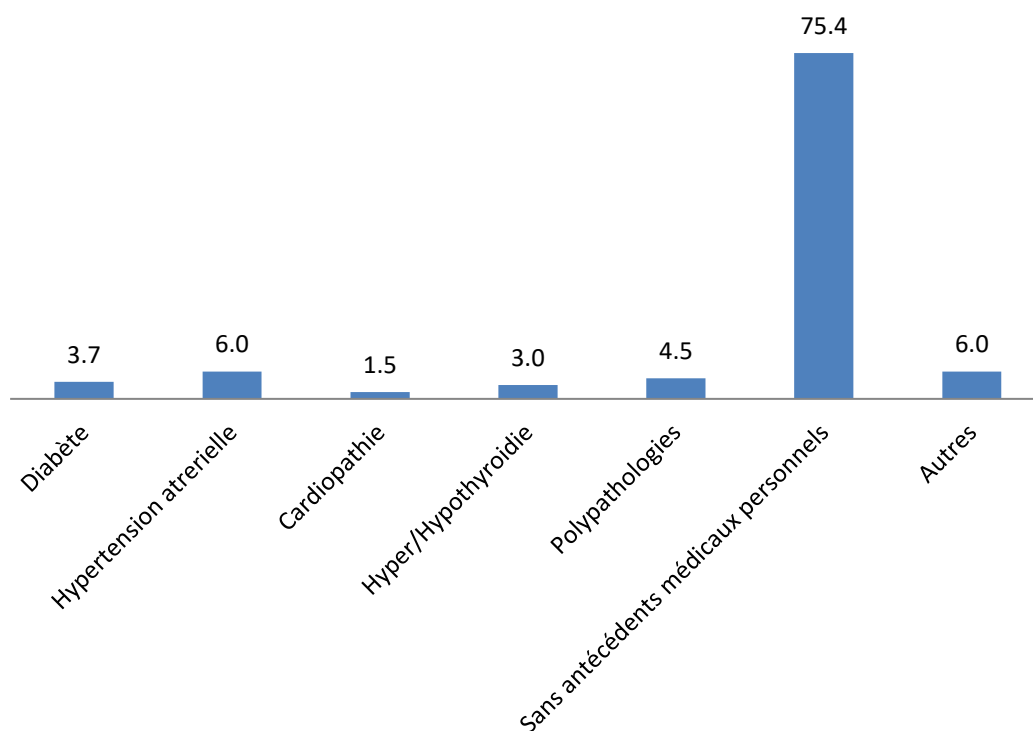


Figure N°24 : La répartition des patients en fonction des antécédents généraux personnels.

La majorité des patients (75,4%) ne présentait aucun antécédent général.

L'hypertension artérielle était la pathologie la plus retrouvée à 6%.

Les poly pathologies elles aussi étaient bien représentées à 4,5%.

D'autres pathologies ont pu être aussi être mises en évidence telles que : asthme, hépatite, tumeur bénigne, maladie de Crohn, troubles psychologique (6%) (Figure N°24).

1.1.7 LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAMENTEUX :

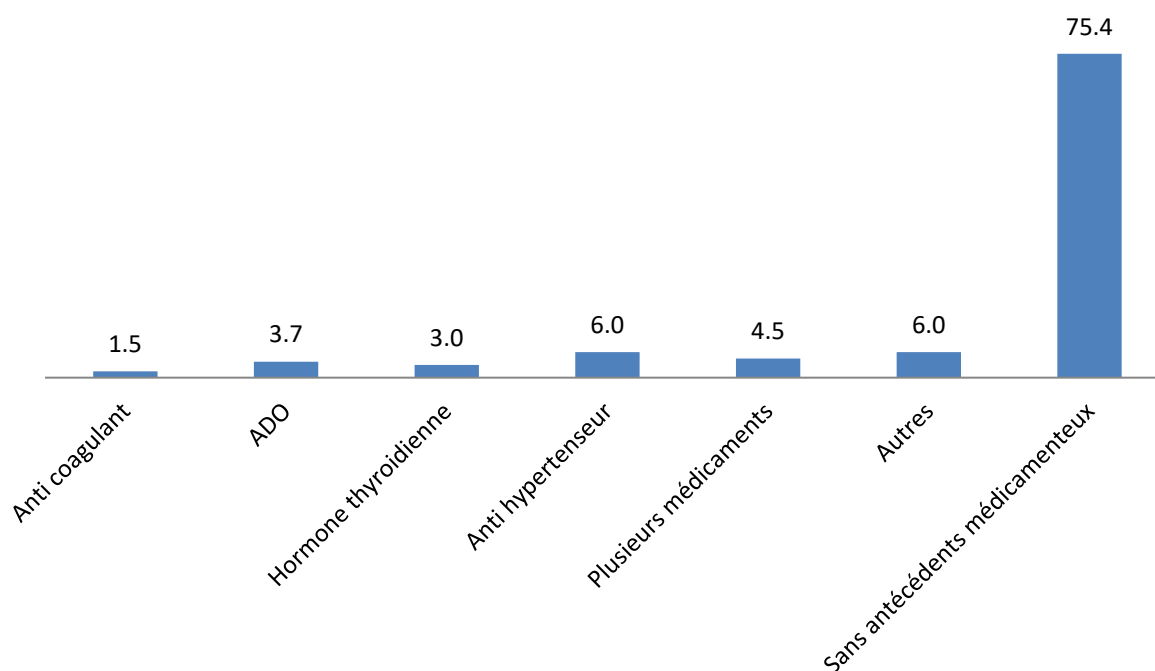


Figure N°25 : La répartition des patients en fonction des antécédents médicamenteux.

La majorité de nos patients (75,4%) ne prenait aucun traitement.

Les anti hypertenseurs étaient les médicaments les plus retrouvés (6%) (Figure N°25).

1.1.8 LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR DEXTÉRITÉ :

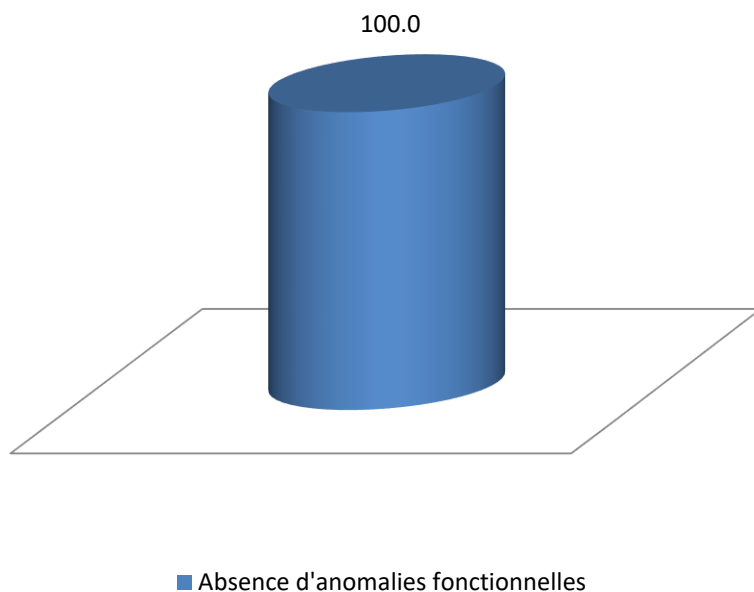


Figure N°26 : La répartition des patients en fonction de leur dextérité.

Tous les sujets de l'étude (100%) ne présentaient aucune anomalie fonctionnelle qui pouvait déranger le brossage dentaire (Figure N°26).

1.1.9 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXPOSITION TABAGIQUE :

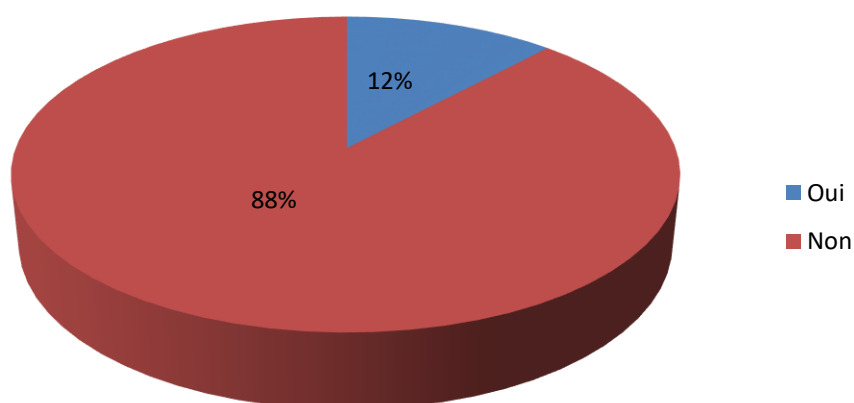


Figure N°27 : La répartition des patients selon l'exposition tabagique.

La grande majorité de nos patients soit 88% nie toute consommation de tabac (Figure N°27).

1.1.10 LA RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS STOMATOLOGIQUES :

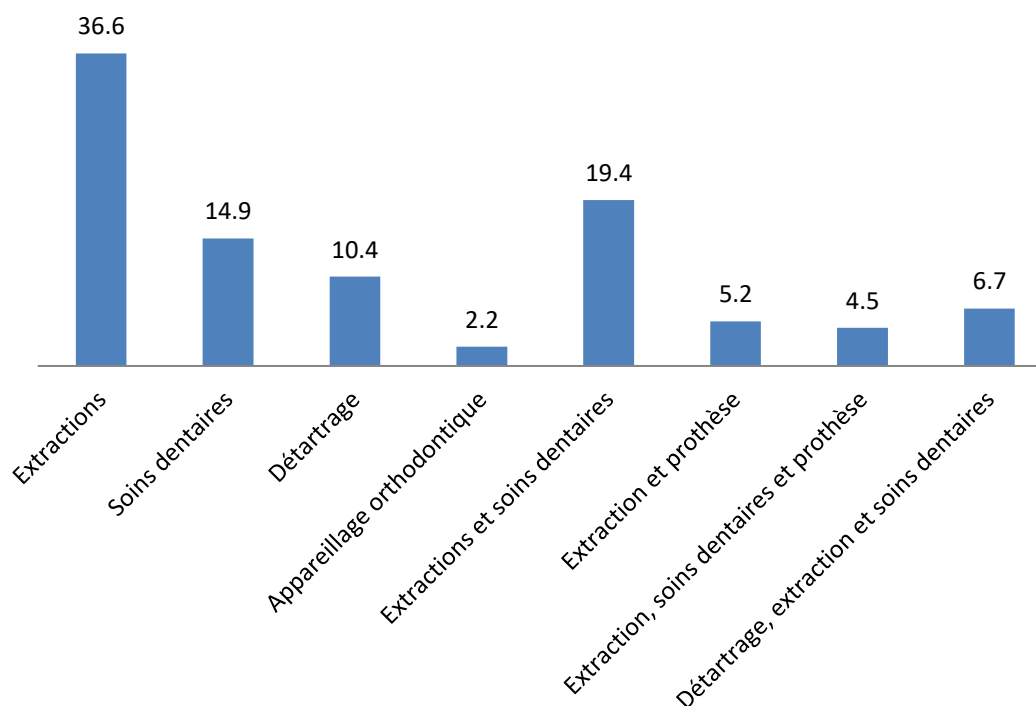


Figure N°28 : La répartition des patients en fonction des antécédents stomatologiques.

Les extractions dentaires seules représentaient les antécédents stomatologiques les plus évoqués, suivies par leur association avec les soins dentaires (19,4%) (Figure N°28).

1.1.11 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA CAUSE DE L'EXTRACTION DES DENTS :

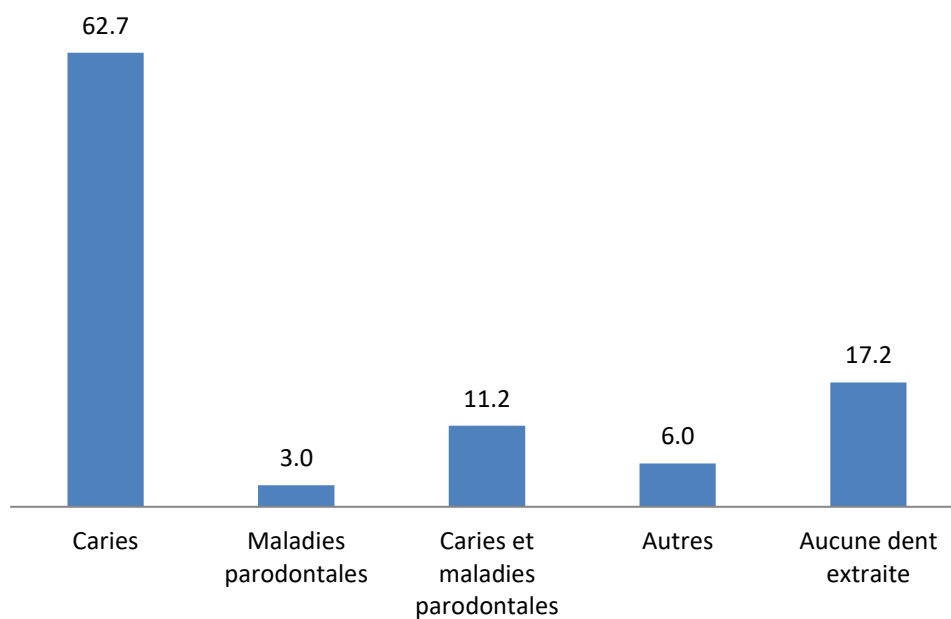


Figure N°29 : La répartition des patients selon la cause de l'extraction des dents.

Les causes des extractions les plus relatées étaient la carie (62,7%), suivie de l'association maladie parodontale et carie (11,2%) (Figure N°29).

1.1.12 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DE LEURS VISITES CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

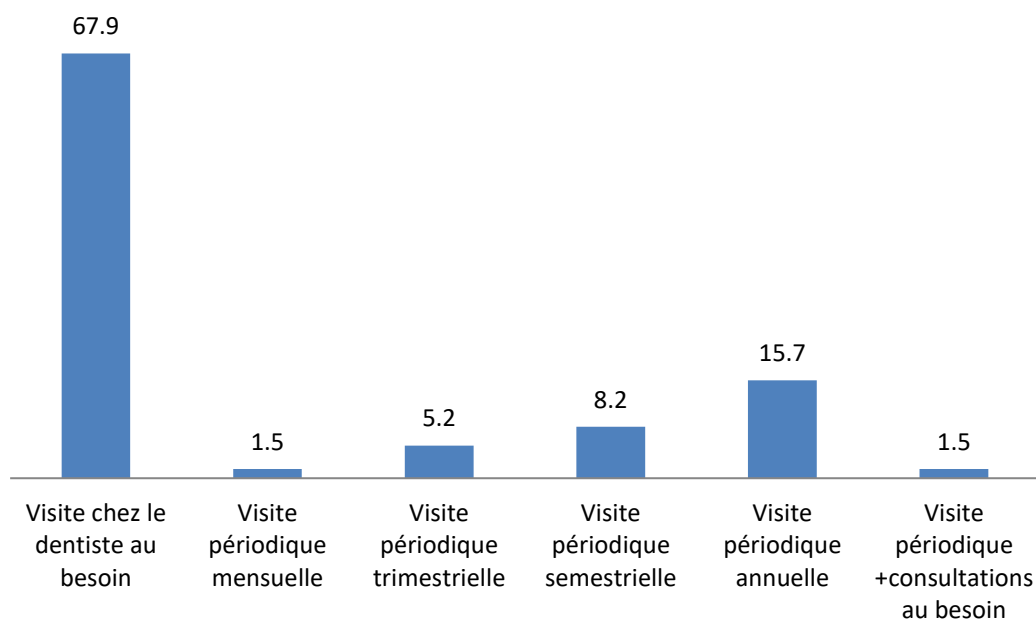


Figure N°30 : La répartition des patients selon la fréquence de leurs visites chez le médecin dentiste.

La fréquence des sujets qui se rendaient chez le médecin dentiste uniquement au besoin était de 67,9%, 15,7% le faisaient dans le cadre de visites périodiques annuelles, si non semestrielles (8,2%).

L'association des deux à savoir (visites périodiques et consultations au cas où cela pouvait s'avérer nécessaire dont la douleur) n'a été constatée que chez 1,5% de nos patients (Figure N°30).

1.1.13 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES MOTIFS DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

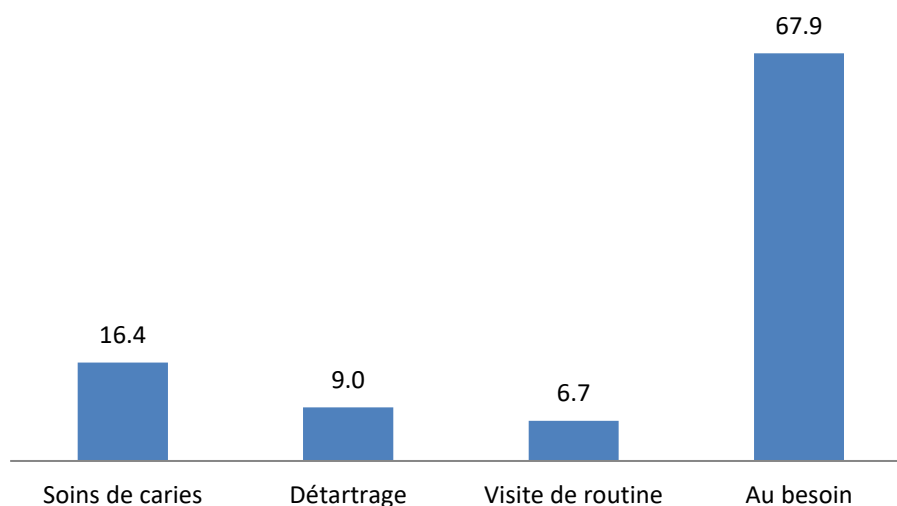


Figure N°31 : La répartition des patients selon les motifs de visite chez le médecin dentiste.

La fréquence des patients qui ont affirmé se rendre en consultation chez le médecin dentiste seulement au besoin, à savoir en cas de : douleur, sensibilité, œdème, traumatismes, ajustement de la prothèse ou alors pour expertise dentaire est de 67,9%.

Les visites pour le traitement des caries, détartrage étaient ensuite respectivement les plus constatées (16,4%, 9 %), contre uniquement 6,7% pour les visites périodiques (Figure N°31).

1.1.14 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RECOURS AU BROSSAGE DENTAIRE :

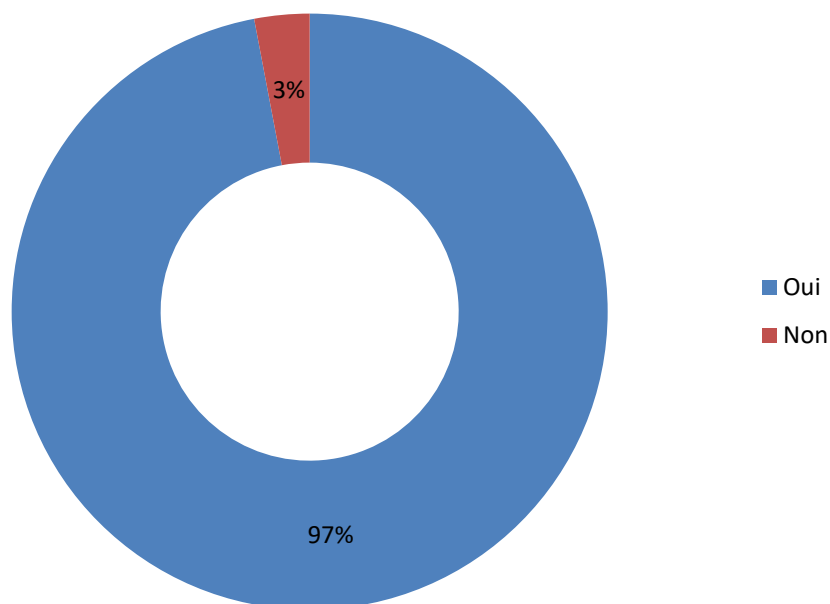


Figure N°32 : La répartition des patients selon le recours au brossage dentaire.

La grande majorité de nos patients soit (97%) déclarait se brosser les dents, contre uniquement 3% qui ne le faisaient pas (Figure N°32).

1.1.15 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES SUR L'IMPORTANCE DU RECOURS AU BROSSAGE DENTAIRE :

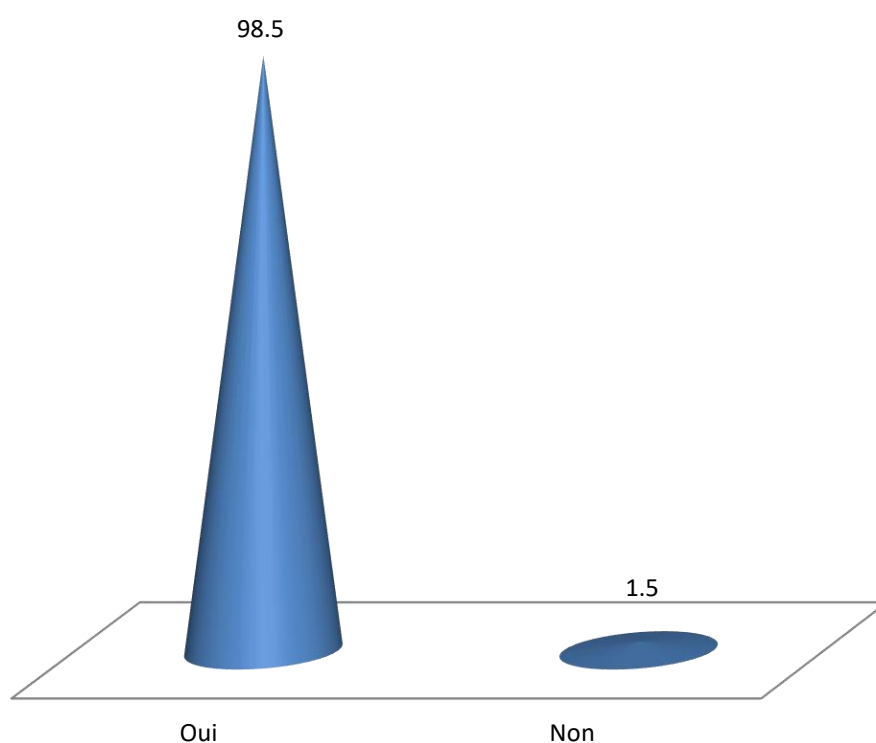


Figure N°33 : La répartition des patients selon leurs connaissances sur l'importance du recours au brossage dentaire.

La grande majorité de nos patients (98,5%) semblait avoir conscience de l'importance du recours au brossage dentaire comme moyen d'hygiène bucco-dentaire (Figure N°33).

1.1.16 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES SUR L'INTÉRÊT DU BROSSAGE DENTAIRE :

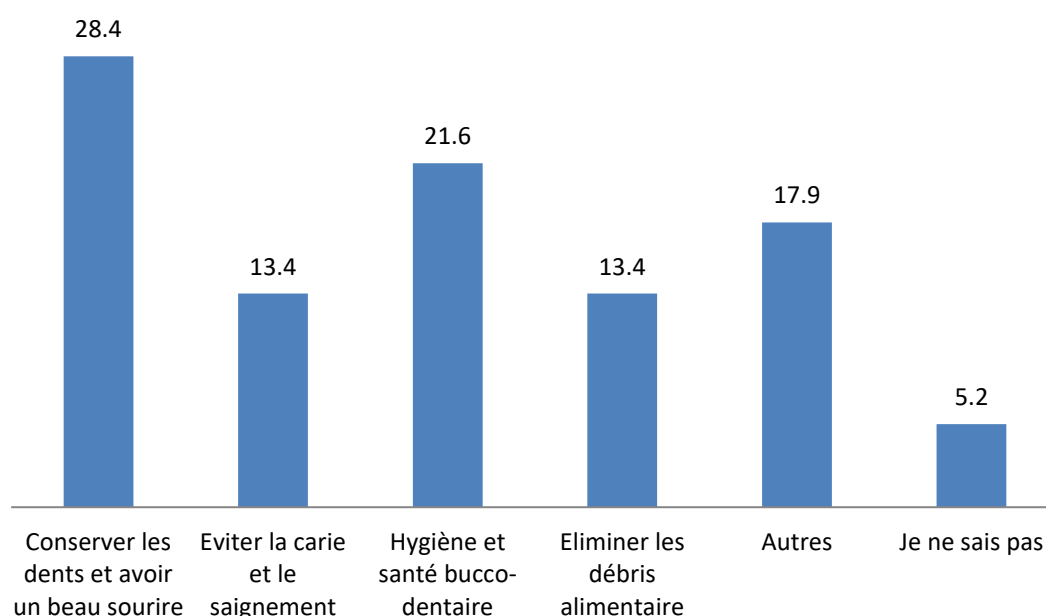


Figure N°34 : La répartition des patients selon leurs connaissances sur l'intérêt du brossage dentaire.

Les patients ont déclaré se brosser les dents pour un but esthétique dans 28,4% des cas, 21,6% pour garder une bonne santé bucco-dentaire, 13,4% le faisaient pour éviter la carie et le saignement, ou encore pour éliminer les débris alimentaires.

D'autres raisons ont été décrites (17,9%) telles que : éviter les visites chez le dentiste, éviter la douleur, ne pas avoir une mauvaise haleine, éviter les pathologies d'ordre général en rapport avec la cavité buccale, afin d'éliminer les bactéries, ou encore pour avoir les dents blanches.

5,2% de notre échantillon ont quand même répondu ne pas savoir (Figure N°34).

1.1.17 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE DENTAIRE :

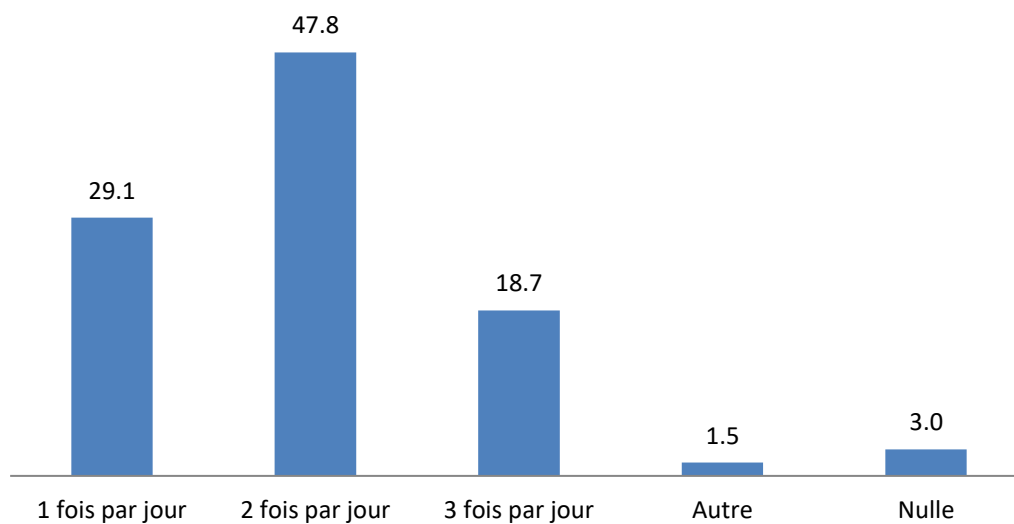


Figure N°35 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage dentaire.

Uniquement 18,7% des patients ont rapporté se brosser les dents trois fois par jour.

La fréquence la plus relatée était celle de deux fois par jour à 47,8 %, puis celle d'une fois par jour (29,1%) (Figure N°35).

1.1.18 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOMENT DU BROSSAGE DENTAIRE :

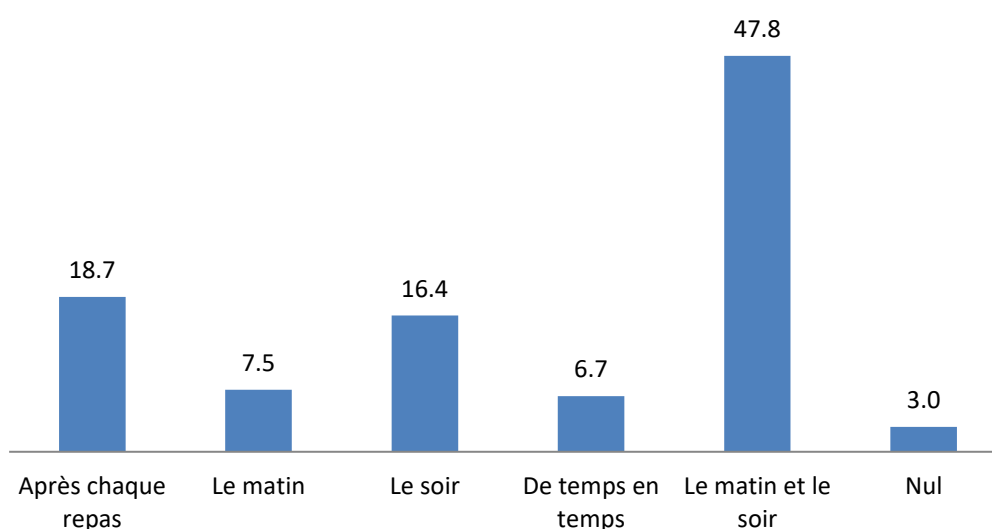


Figure N°36 : La répartition des patients selon le moment du brossage.

Quarante-huit (47,8%) de nos patients indiquaient se brosser les dents le matin et le soir, 18,7% après chaque repas, un brossage dentaire uniquement le soir a été trouvé chez 16,4%.

Une fréquence de 7,5% a été notée pour les patients se brossant uniquement le matin et 6,7% de temps en temps (Figure N°36).

1.1.19 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE DENTAIRE:

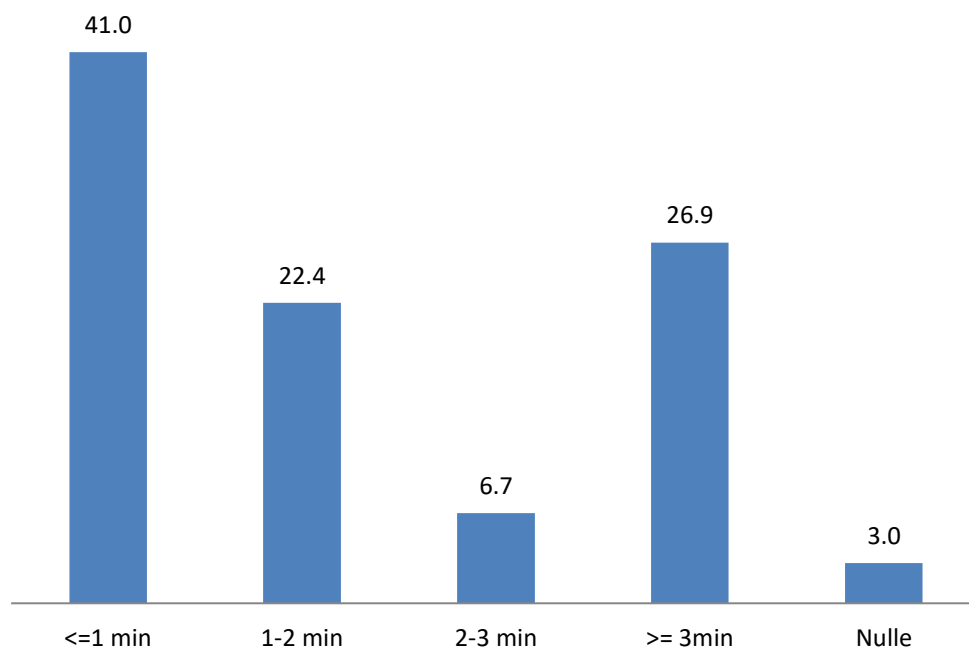


Figure N°37 : La répartition des patients selon la durée du brossage dentaire.

La fréquence des patients qui ont rapporté une durée de brossage inférieure ou égale à 1 min était de 41,0%, contre uniquement 26,9% pour une durée de trois minutes ou plus (Figure N°37).

1.1.20 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA RÉGULARITÉ DU BROSSAGE DENTAIRE :

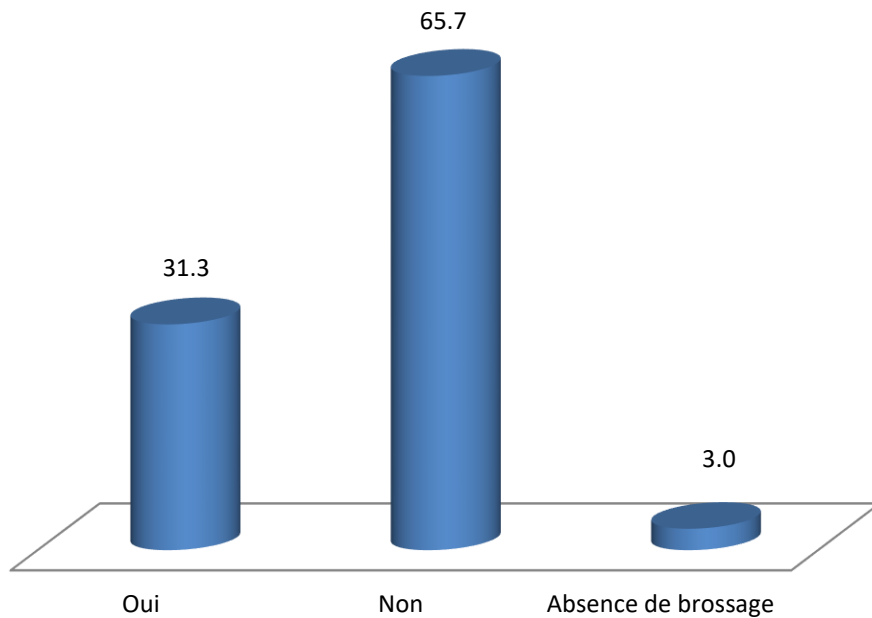


Figure N°38 : La répartition des patients selon la régularité du brossage dentaire.

Plus que la moitié de la population (65,7%) affirmait avoir un brossage dentaire irrégulier (Figure N°38).

1.1.21 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES RAISONS CONTRARIANT LE BROSSAGE DENTAIRE :

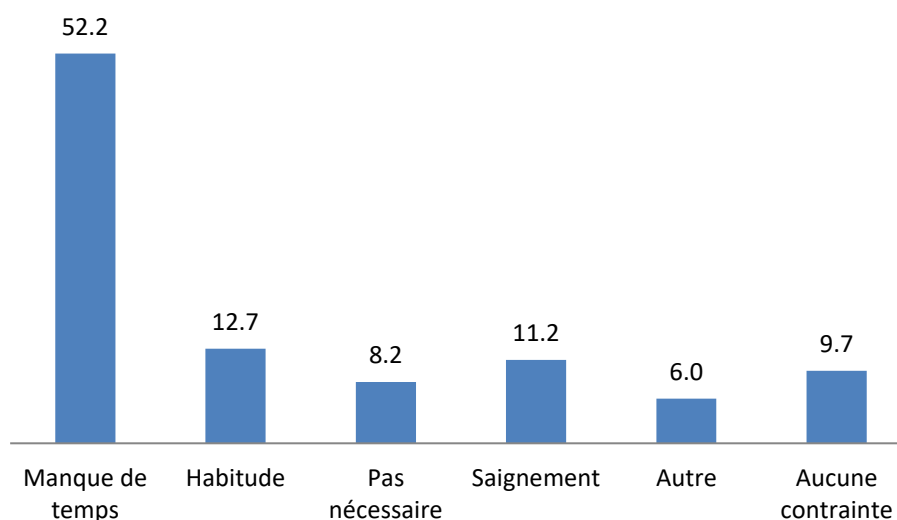


Figure N°39: La répartition des patients selon les raisons contrariant le brossage dentaire.

Selon 52,2% de la population d'étude, la raison principale contrariant un brossage rigoureux était le manque de temps, suivie des mauvaises habitudes adoptées dès la petite enfance (12,7%), ou encore le saignement (11,2%).

Juger que « le brossage dentaire n'est pas nécessaire » était aussi la réponse obtenue à 8,2% (Figure N°39).

1.1.22 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU CHANGEMENT DES BROSSES À DENTS :

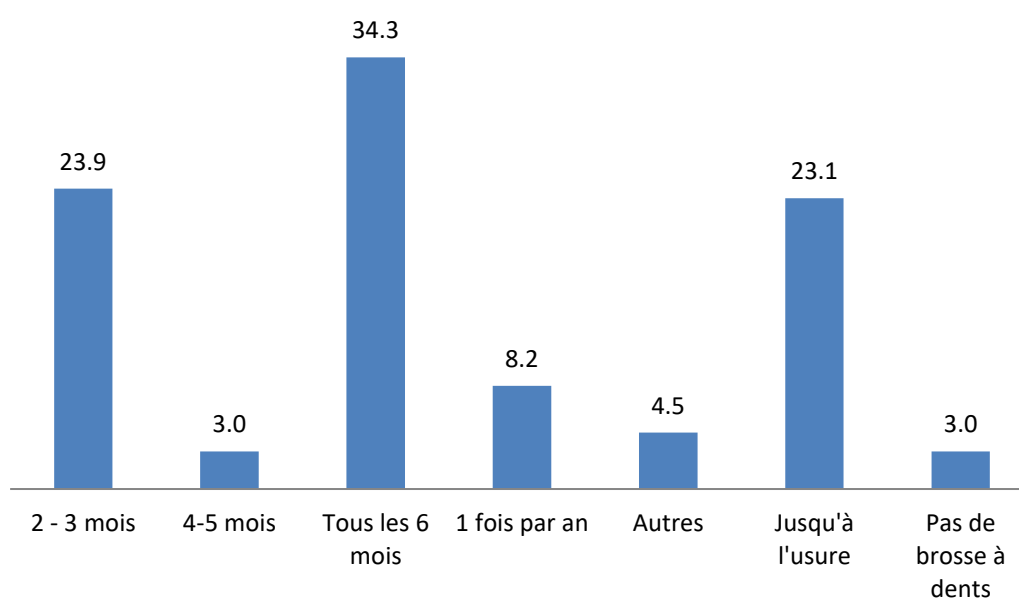


Figure N°40 : La répartition des patients selon la fréquence du changement des brosses à dents.

Plus de trente-quatre (34,3%) des patients affirmaient changer leur brosse à dents tous les 6 mois, 23,9 % tous les 2 à 3 mois, tandis que 23,1 % d'entre eux déclaraient le faire jusqu'à l'usure (Figure N°40).

1.1.23 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE BROSSES À DENTS UTILISÉES :

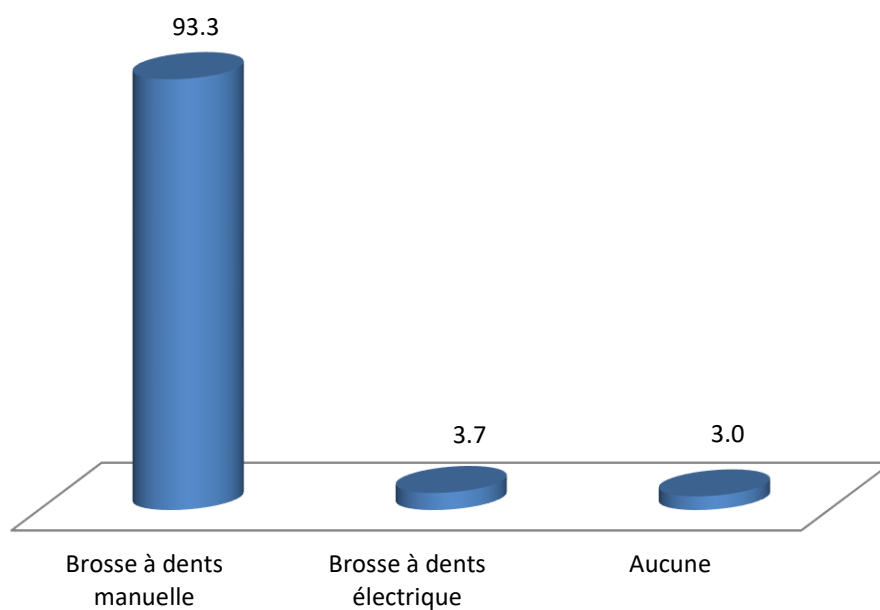


Figure N°41 : La répartition des patients selon le type de brosses à dents utilisées.

La brosse à dent manuelle était la plus utilisée (93,3%). Seulement 3,7 % des cas étaient adepte de l'électrique (Figure N°41).

1.1.24 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE BROSSÉ À DENTS (SOUPLESSE DES POILS) :

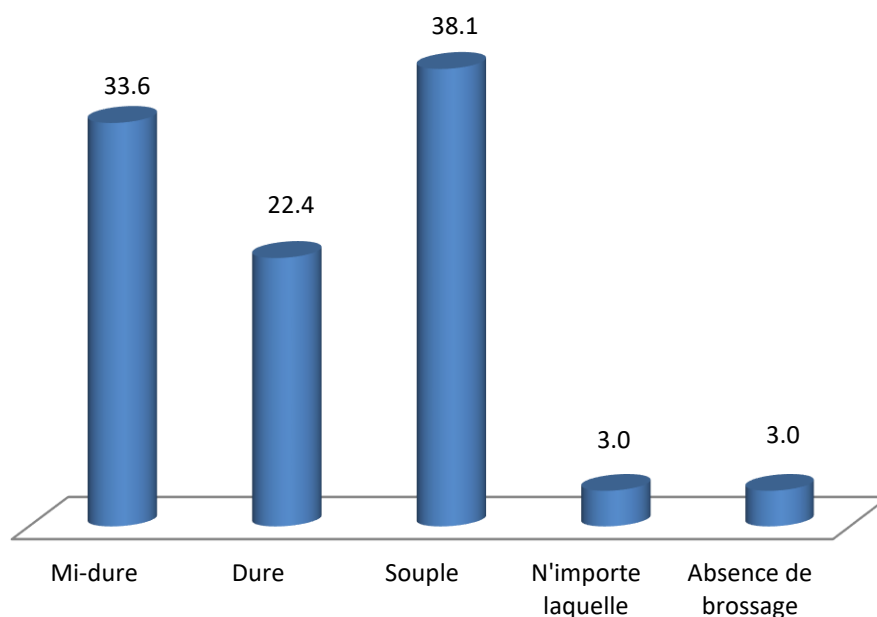


Figure N°42 : La répartition des patients selon le type de brosses à dents (souplesse des poils).

Les brosses à dent souples étaient les plus utilisées à 38,1%, suivies des moyennes à 33,6%, et enfin des dures à 22,4%, mais 3% des patients ont répondu quand même ne pas prêter attention (Figure N°42).

1.1.25 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE LIEU D'ACHAT DES BROSSES À DENTS :

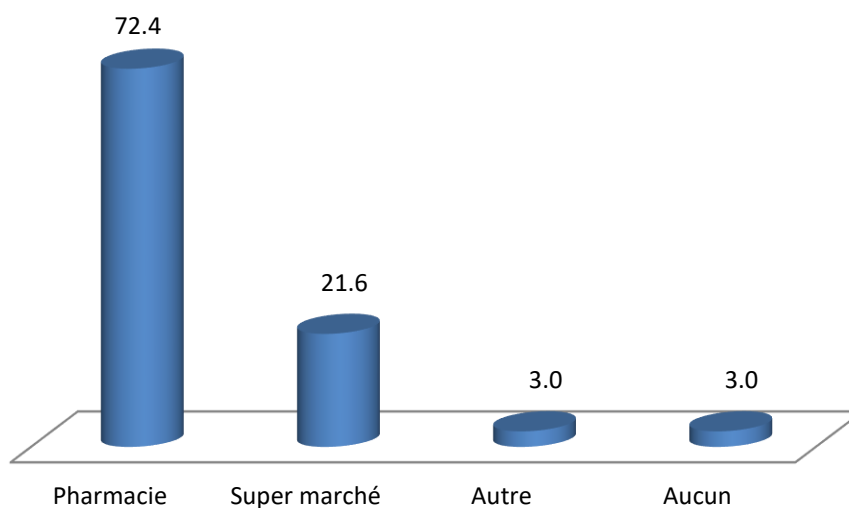


Figure N°43 : La répartition des patients selon le lieu d'achat des brosses à dents.

Presque les trois quarts des patients achetaient leur brosse à dents en pharmacie, 22,4% au super marché (Figure N°43).

1.1.26 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES MÉTHODES DE BROSSAGE DENTAIRE :

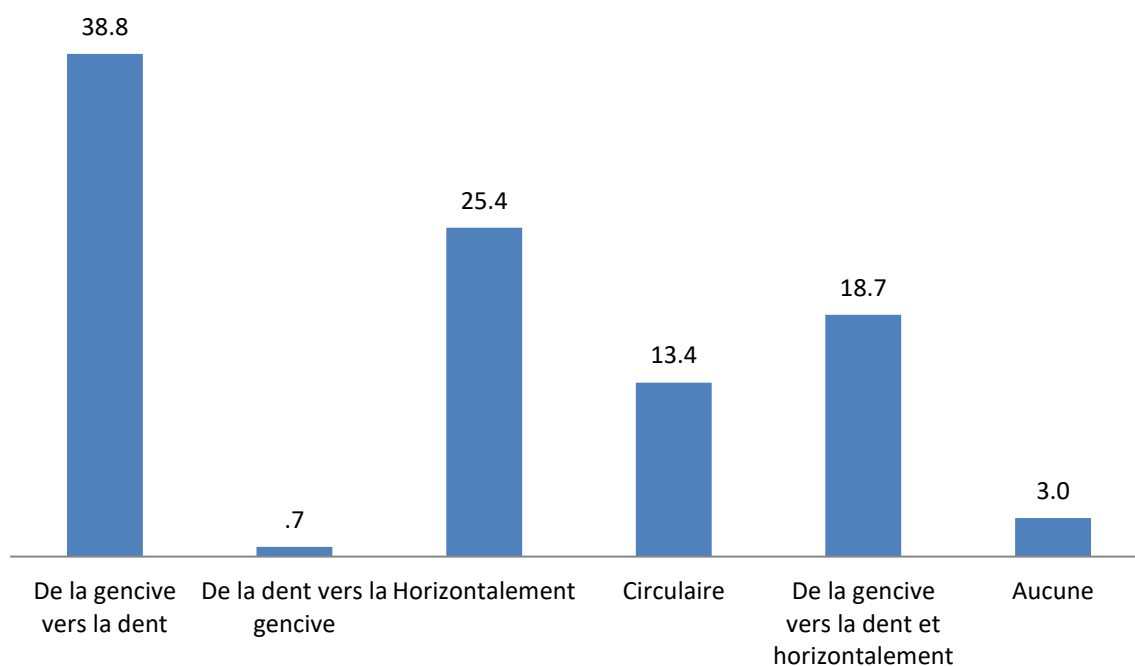


Figure N°44 : La répartition des patients selon les méthodes de brossage dentaire.

Un brossage de la gencive vers la dent était la méthode décrite par 38,8% des patients, un brossage horizontal (25,4%), 18,7% combinaient les deux méthodes précédentes, une méthode circulaire chez 13,4% et une minorité (0,7%) présentait un brossage de la dent vers la gencive (Figure N°44).

1.1.27 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'APPRENTISSAGE DE LA MÉTHODE DE BROSSAGE DENTAIRE :

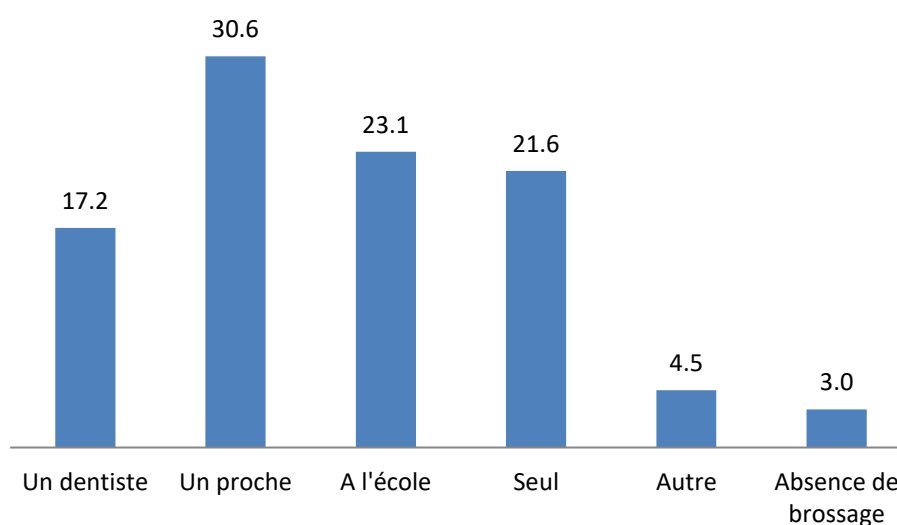


Figure N°45 : La répartition des patients selon l'apprentissage de la méthode de brossage dentaire.

A la question de l'apprentissage de la méthode de brossage, 30,6% des patients ont répondu l'avoir fait avec un proche.

A l'école, ou simplement tout seul étaient des réponses aussi fréquemment retrouvées à 23,1%, 21,6%.

D'autres réponses comme des vidéos Youtube ou les publicités ont été constatées à 4,5% (Figure N°45).

1.1.28 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RECOURS AUX PÂTES DENTIFRICES :

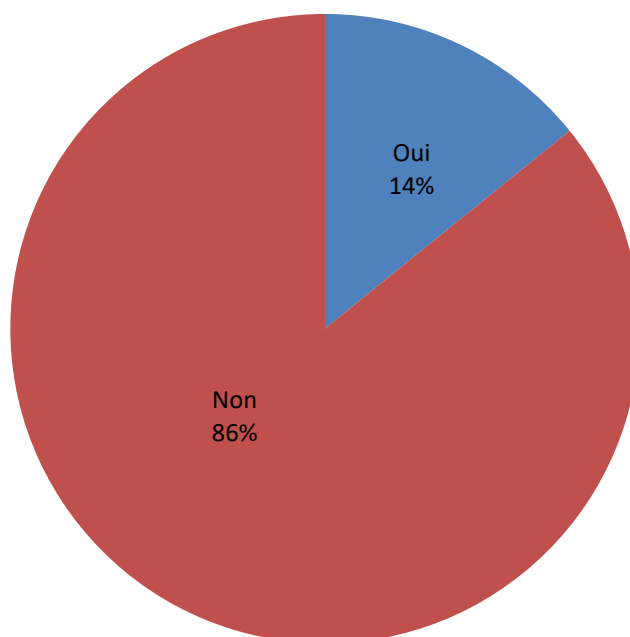


Figure N°46 : La répartition des patients selon le recours aux pâtes dentifrices.

Plus de quatre-vingt (86%) des patients utilisaient toujours une pâte dentifrice lors du brossage dentaire, seulement 14% affirmaient s'en passer et se brosser qu'avec de l'eau (Figure N°46).

1.1.29 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION D'AUTRES PRODUITS :

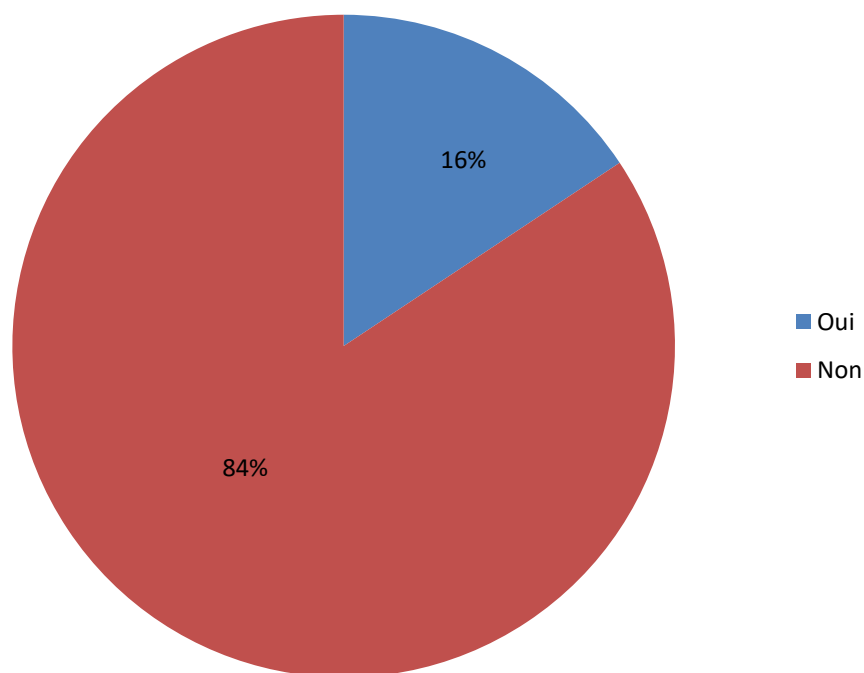


Figure N°47 : La répartition des patients selon l'utilisation d'autres produits.

La fréquence des patients qui ont nié l'utilisation de tout autre produit hormis ceux dédiés à l'hygiène bucco-dentaire était de 84%, les 16% restants avaient recours à des produits naturels (bicarbonate de soude, curcuma, jus de citron+ bicarbonate de soude, peau de banane...) invraisemblablement pour leurs vertus blanchissantes des dents (Figure N°47).

1.1.30 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE DENTAIRE :

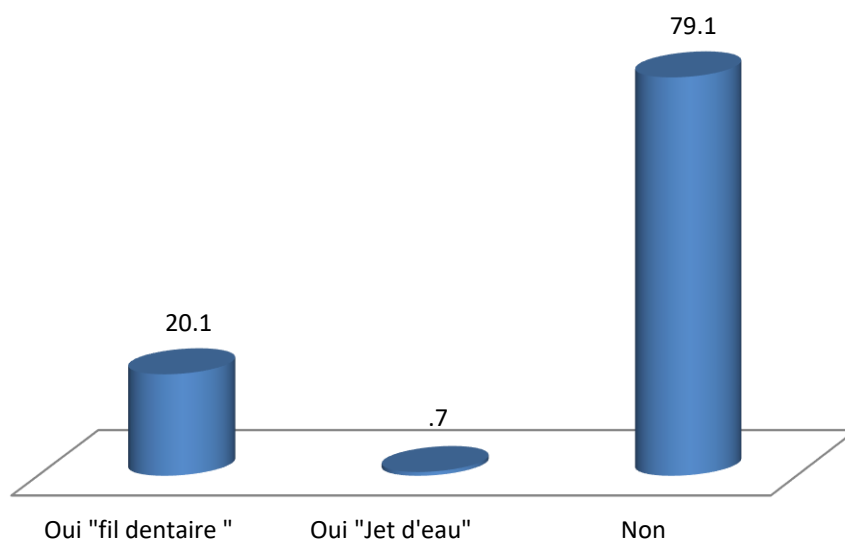


Figure N°48 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage dentaire.

La non utilisation d'adjuvants du brossage dentaire a été constatée chez 79,1% des patients. Le fil dentaire était le plus employé à 20,1%, contre uniquement le jet d'eau à 0,7 % (Figure N°48).

1.1.31 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DE BAINS DE BOUCHE :

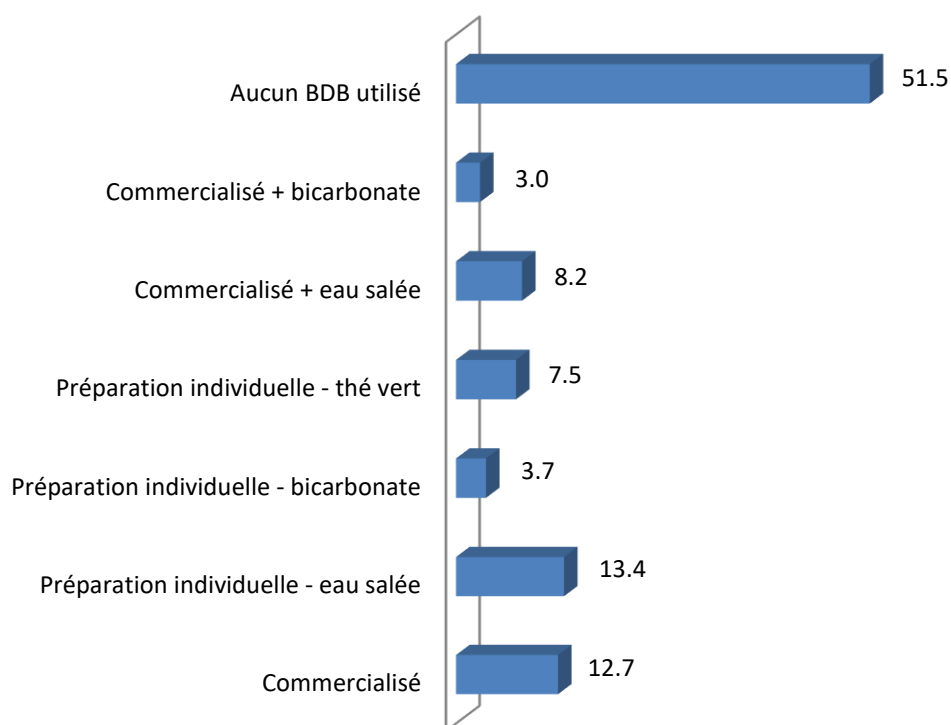


Figure N°49 : La répartition des patients selon l'utilisation de bains de bouche.

Plus de la moitié (51,5%) des patients n'utilisaient pas les bains de bouche, 13,4% appliquaient l'eau salée, 12,7% utilisaient un BDB commercialisé alors que 8,2% utilisaient un BDB commercialisé et eau salée (Figure N°49).

1.1.32 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EFFICACITE DE LEUR BROSSAGE DENTAIRE :

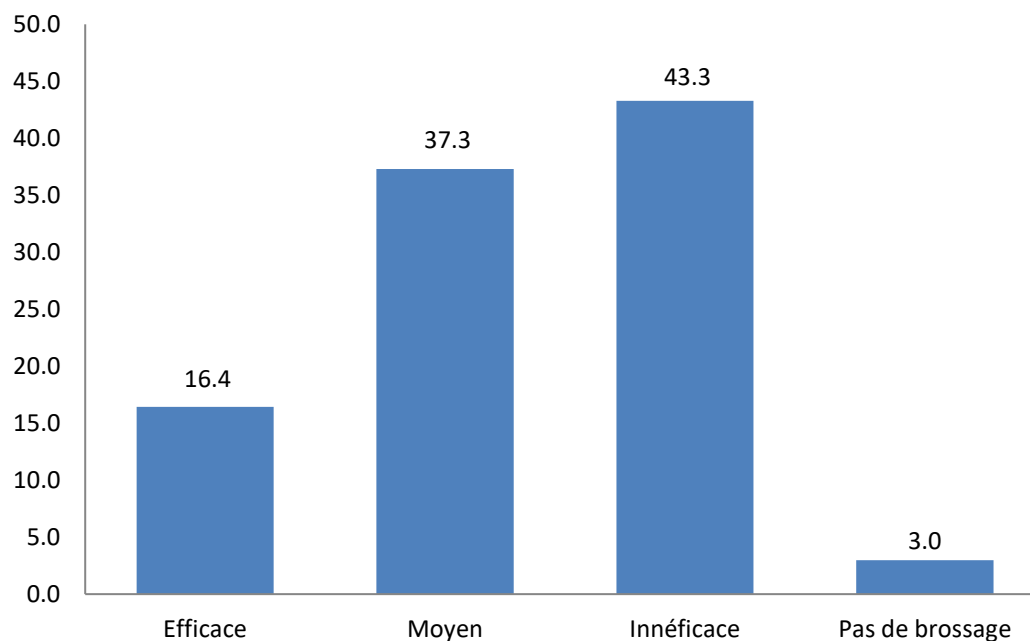


Figure N°50 : La répartition des patients selon l'efficacité de leur brossage dentaire.

Les patients jugeaient leur brossage inefficace dans 43,3% des cas, 37,3% le jugeaient moyen, tandis que seulement 16,4% trouvaient leur brossage efficace (Figure N°50).

1.1.33 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE :

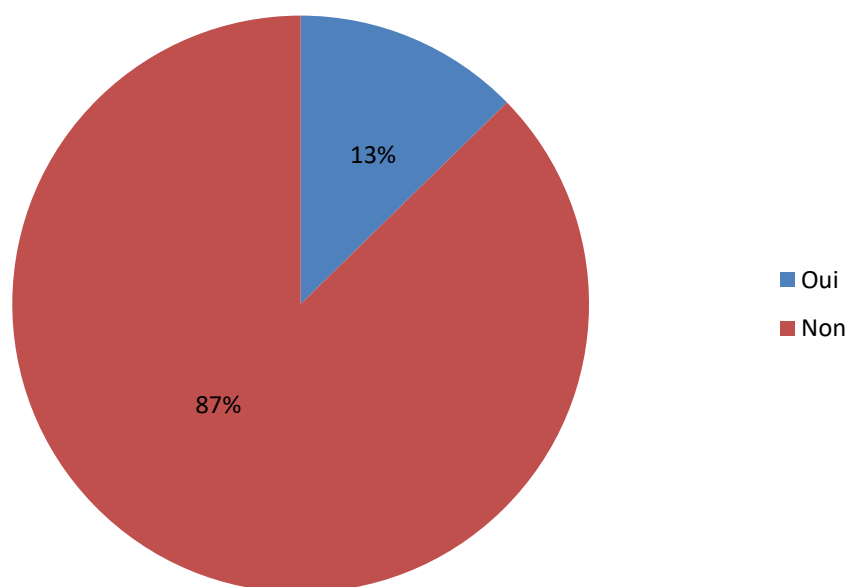


Figure N°51 : La répartition des patients selon le brossage de la langue.

La grande majorité de notre population (87%) indiquait ne pas se brosser la langue (Figure N°51).

1.1.34 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES DENTAIRES :

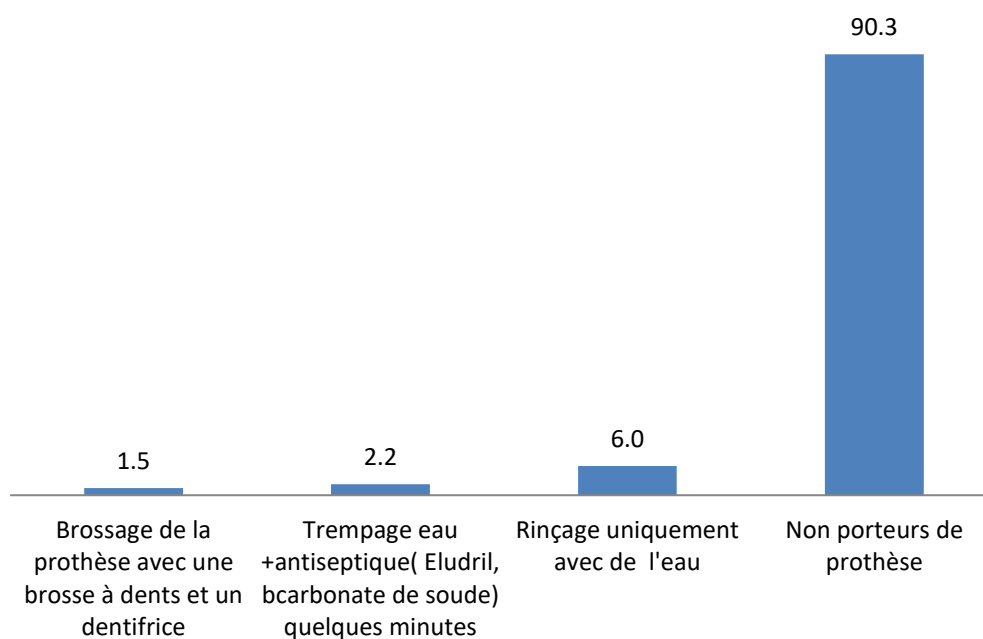


Figure N°52 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses dentaires.

Parmi les patients porteurs de prothèses, 6% déclaraient les nettoyer qu'avec de l'eau, 2,2% utilisaient en plus un antiseptique (Chlorhexidine et le bicarbonate de soude), le reste (1,5%) affirmait le faire grâce à un brossage régulier en utilisant une brosse à dents et un dentifrice (Figure N°52).

1.1.35 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU NETTOYAGE DES PROTHÈSES DENTAIRES :

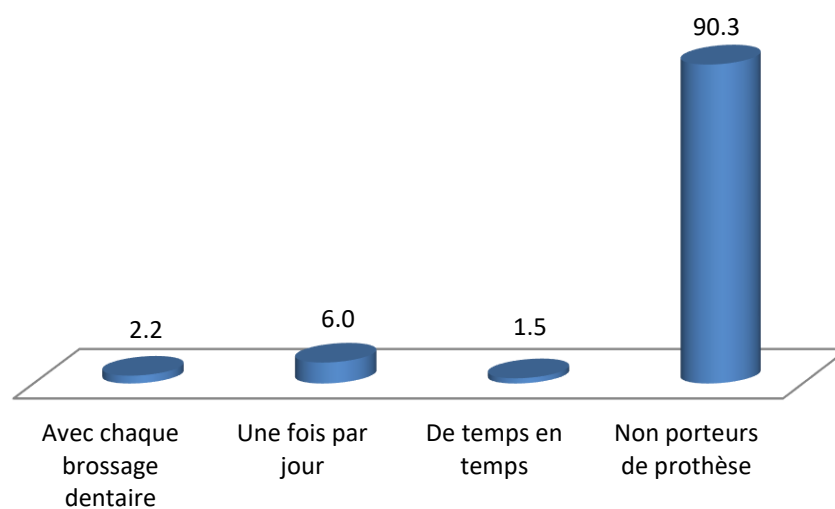


Figure N°53 : La répartition des patients selon la fréquence du nettoyage des prothèses dentaires.

Le nettoyage régulier des prothèses jumelé au brossage des dents n'était adopté que par 2,2% des patients. (Figure N°53).

1.1.36 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS CONNAISSANCES DES CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE :

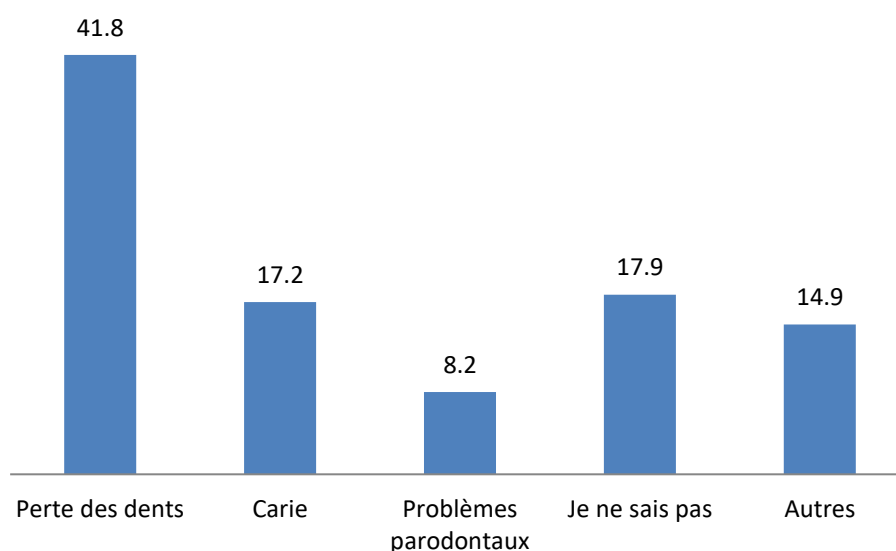


Figure N°54 : La répartition des patients selon leurs connaissances des conséquences de l'absence d'hygiène bucco-dentaire.

Concernant les conséquences de l'absence de l'hygiène bucco-dentaire, la perte dentaire était la réponse la plus fréquemment citée (41,8%), succédaient ensuite la carie (17,2%), ou d'autres réponses telles que la mauvaise haleine, la coloration inesthétique des dents et dépôts tartriques à 14,9%.

Les problèmes parodontaux n'ont été évoqués que par 8,2% des patients et 17,9% ont déclaré quand même ne pas connaître les conséquences de l'absence de l'hygiène bucco-dentaire (Figure N°54).

1.1.37 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR IMPLICATION DANS LA SENSIBILISATION DES ENFANTS A L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE :

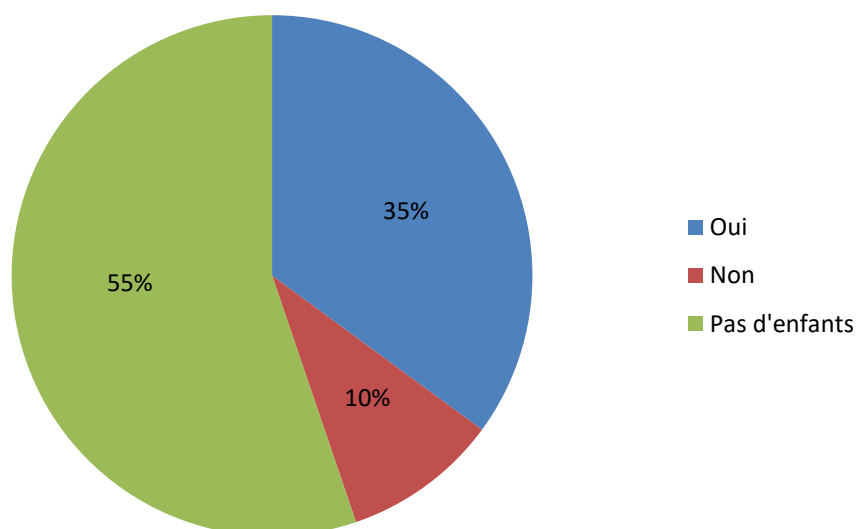


Figure N°55 : La répartition des patients selon leur implication dans la sensibilisation des enfants à l'hygiène bucco-dentaire.

Les parents ont avoué leur négligence en matière de sensibilisation des enfants à l'hygiène bucco-dentaire dans 10% des cas, contre 35% qui étaient plus assidus quant à ce sujet jugé importants pour eux (Figure N°55).

1.1.38 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEURS SUGGESTIONS POUR PROMOUVOIR L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE :

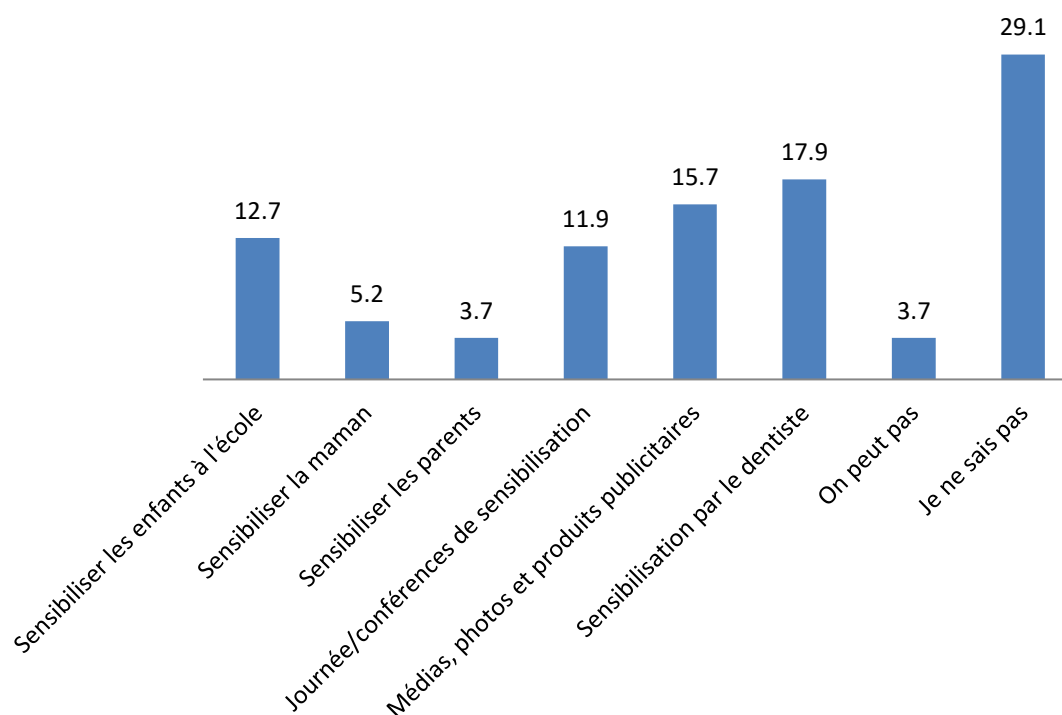


Figure N°56 : La répartition des patients selon leurs suggestions pour promouvoir l'hygiène bucco-dentaire.

Concernant la promotion de l'hygiène bucco-dentaire, le rôle du médecin dentiste était la réponse la plus obtenue (17,9%), suivie par celui des médias et des spots publicitaires (15,7%), l'école (12,7%), les journées de sensibilisation (11,9%), la maman (5,2%) et enfin les parents (3,7%) et 3,7% des cas ont répondu carrément l'impossibilité d'y parvenir (Figure N°56).

1.1.39 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXAMEN PÉRI-BUCCAL :

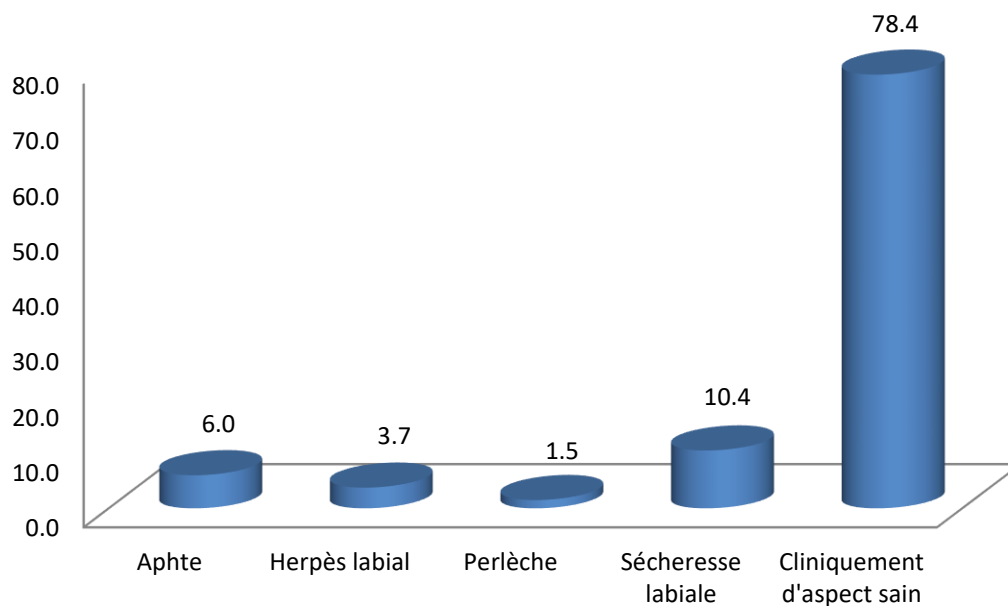


Figure N°57 : La répartition des patients selon l'examen péri-buccal.

A l'examen péribuccal, la sécheresse labiale était la plus relevée (10,4%) (Figure N°57).

1.1.40 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'EXAMEN DES MUQUEUSES :

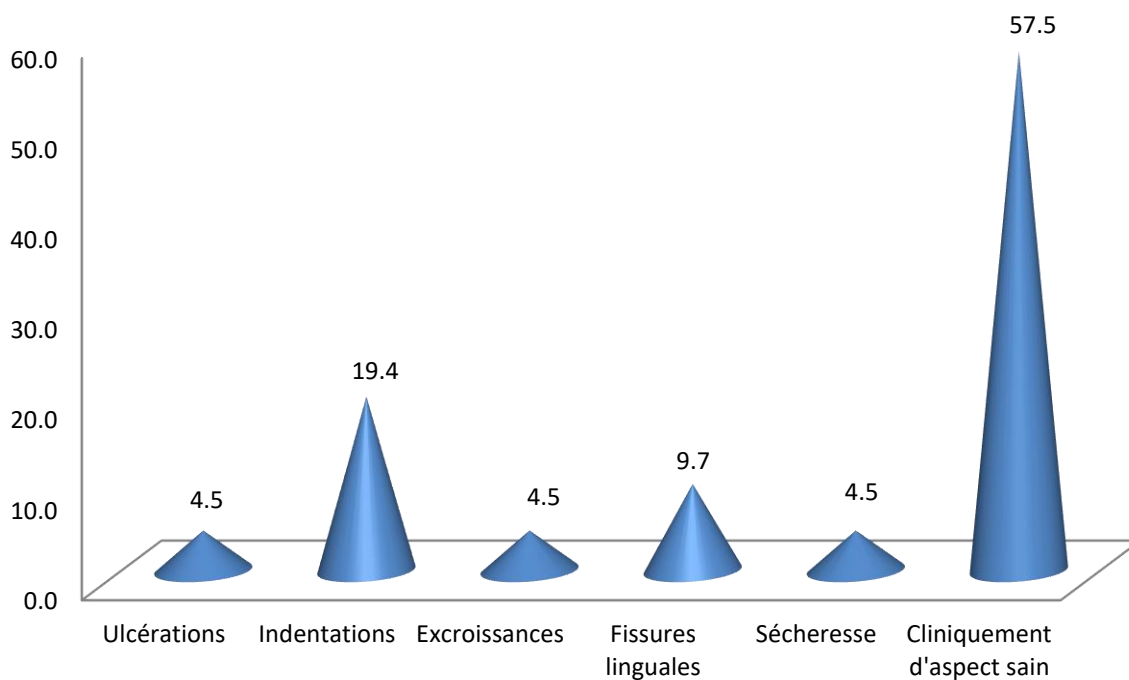


Figure N°58 : La répartition des patients selon l'examen des muqueuses.

A l'examen des muqueuses, les indentations étaient les lésions les plus décelées (19,4%) (Figure N°58).

1.1.41 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE PLAQUE « PI » :

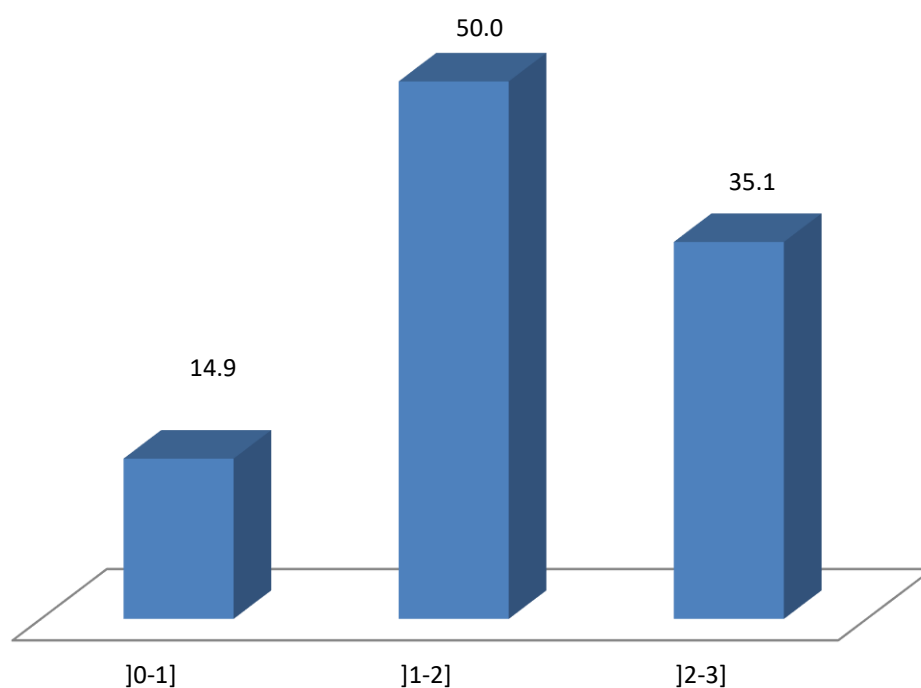


Figure N°59 : La répartition des patients selon l'indice de plaque PI.

Une moyenne de $2,20 \pm 0,06$ du PI a été notée, avec une valeur minimale de 1, maximale de 3 et un écart type de 0,6.

Un PI compris entre (1-2) a été relevé chez la moitié de notre population, contre un PI entre (2-3) à 35,1%, et celui entre (0-1) à 14,9% (Figure N°59).

1.1.42 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE GINGIVAL « GI » :

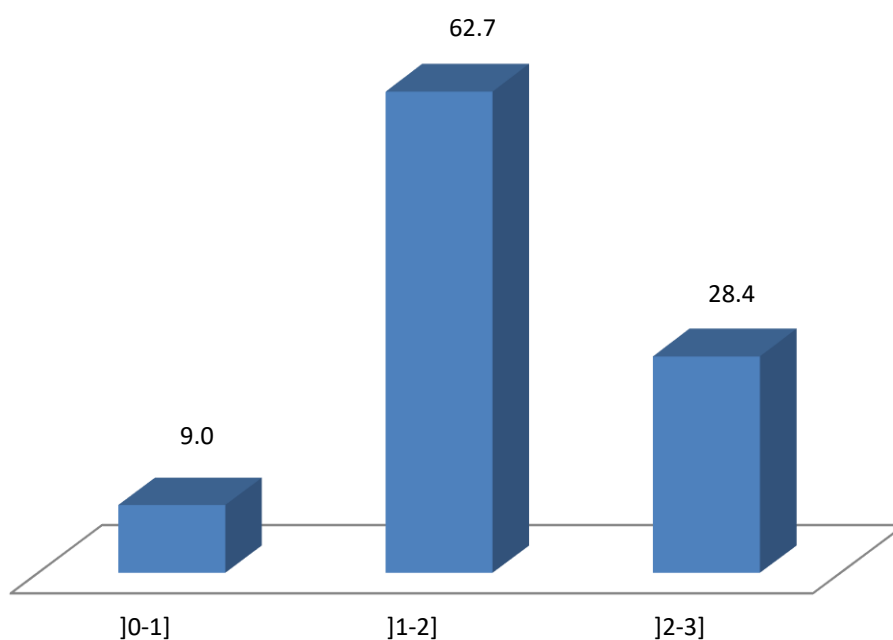


Figure N°60 : La répartition des patients selon l'indice gingival GI.

Une moyenne de $2,19 \pm 0,05$ du GI a été retrouvée, avec une valeur minimale de 1, maximale de 3 et un écart type de 0,58.

La plupart des patients (62,7%) présentait GI de (1 – 2), suivi du GI compris entre (2-3) (28,4%), et enfin celui entre (0-1) (9%) (Figure N°60).

1.1.43 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROFONDEUR DE POCHE :

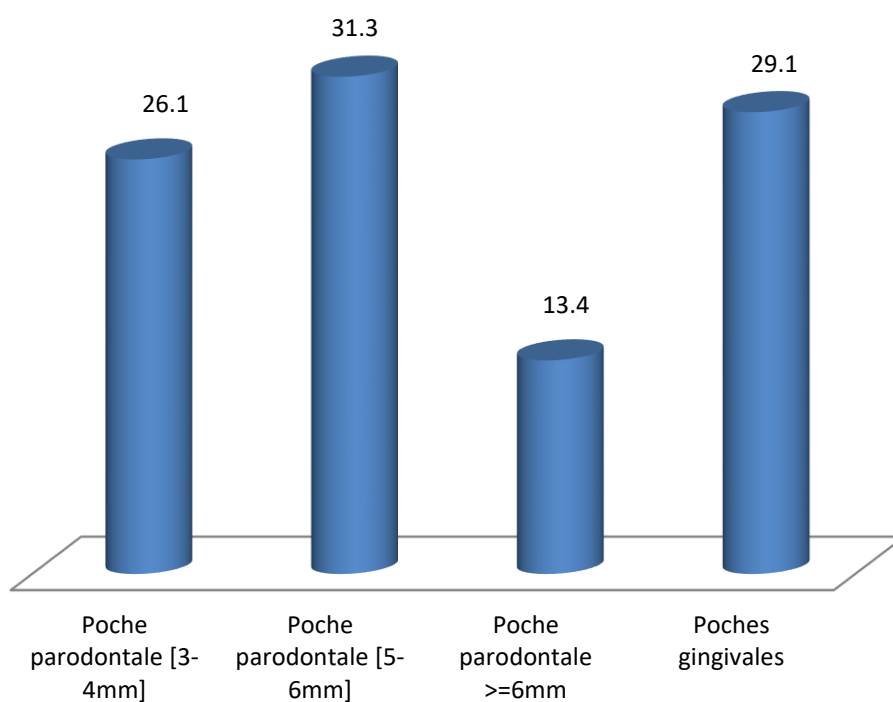


Figure N°61 : La répartition des patients selon la profondeur de poche.

Une moyenne de $4,30 \pm 0,08$ mm de la profondeur des poches a été calculée ; s'étalant entre 3 et 6,5 mm, avec un écart type de 0,80.

Les poches parodontales de 5 à 6 mm étaient les plus retrouvées (31,3%) suivies de celles allant de 3 à 4 mm (26,1%) (Figure 61).

1.1.44 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PERTE D'ATTACHE :

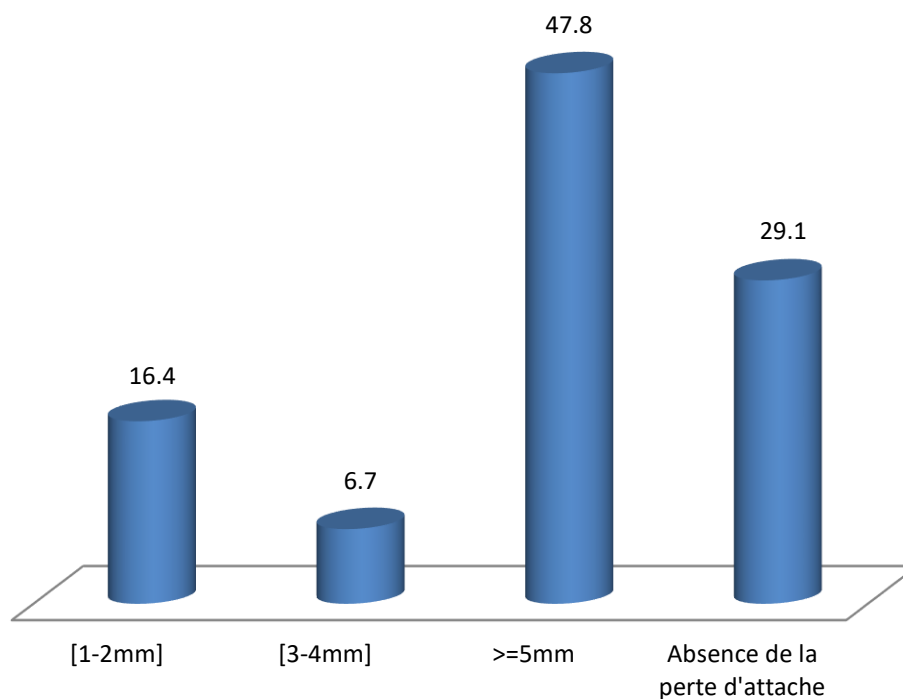


Figure N°62 : La répartition des patients selon la perte d'attache.

Une moyenne de $2,80 \pm 0,19$ mm de la perte d'attache a été calculée ; allant de 0 à 7,5mm, avec un écart type de 2,28.

Dans notre échantillon, 47,8% des patients présentaient une perte d'attache supérieure ou égale à 5 mm, 6,7% une perte d'attache entre 3 et 4 mm, 16,4% présentaient une perte d'attache inférieure à 3mm (Figure N°62).

1.1.45 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE « CAOD » :

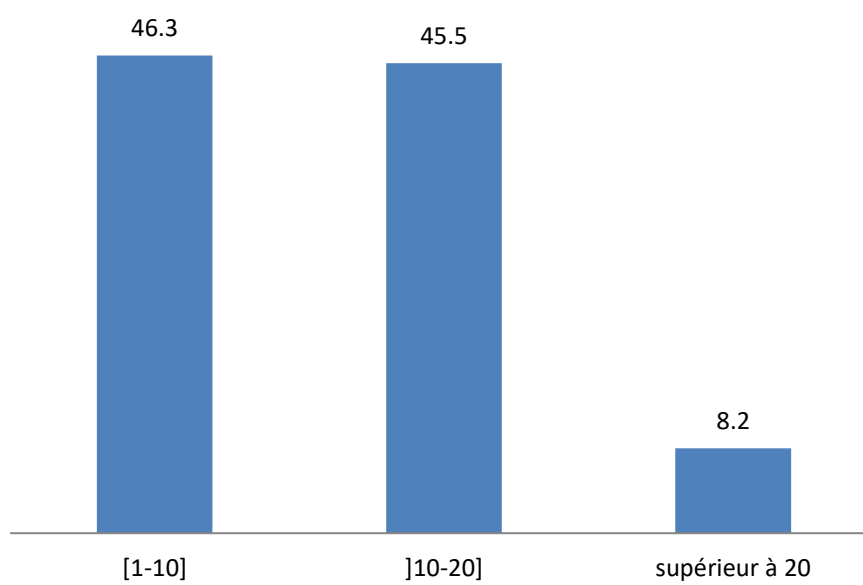


Figure N°63 : La répartition des patients selon l'indice CAOD.

La moyenne du CAOD de notre échantillon a été estimée à $11,93 \pm 0,48$, avec une valeur minimale de 2, maximale de 26 et un écart type de 5,57. Le niveau d'atteinte carieuse est par conséquent jugé très élevé.

Un CAOD entre 1 et 10 était observé chez 46,3% des cas (Figure N°63).

1.1.46 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE DE MOBILITÉ « SELON ARPA » :

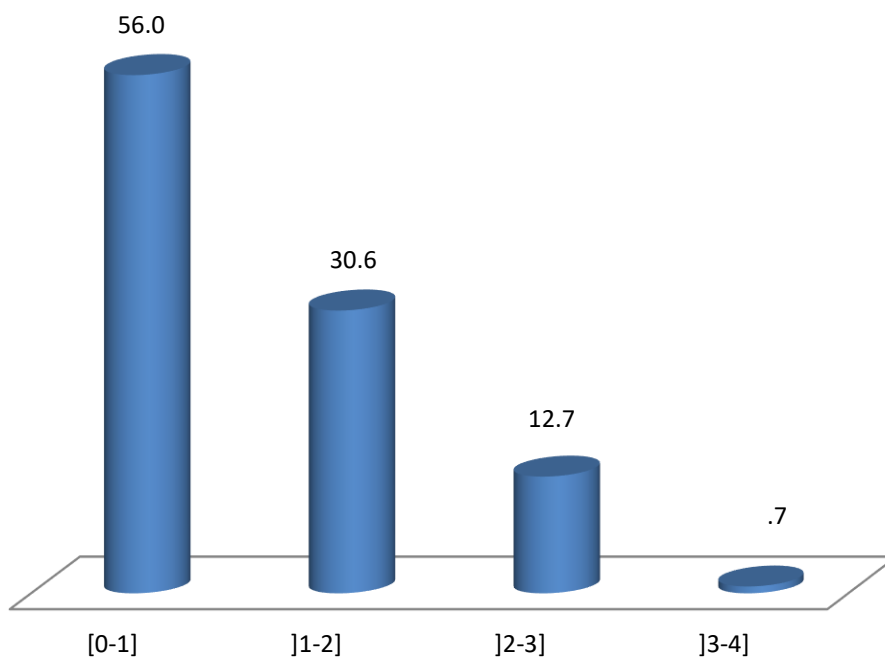


Figure N°64 : La répartition des patients selon l'indice de mobilité "selon ARPA".

Une moyenne de $1,25 \pm 0,09$ de la mobilité dentaire a été calculée ; allant de 0 à 4 avec un écart type de 1,08.

Un indice de mobilité compris entre (0-1) était présent chez 56% des patients (Figure N°64).

1.1.47 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE D'ABRASION « SELON AGUEL » :

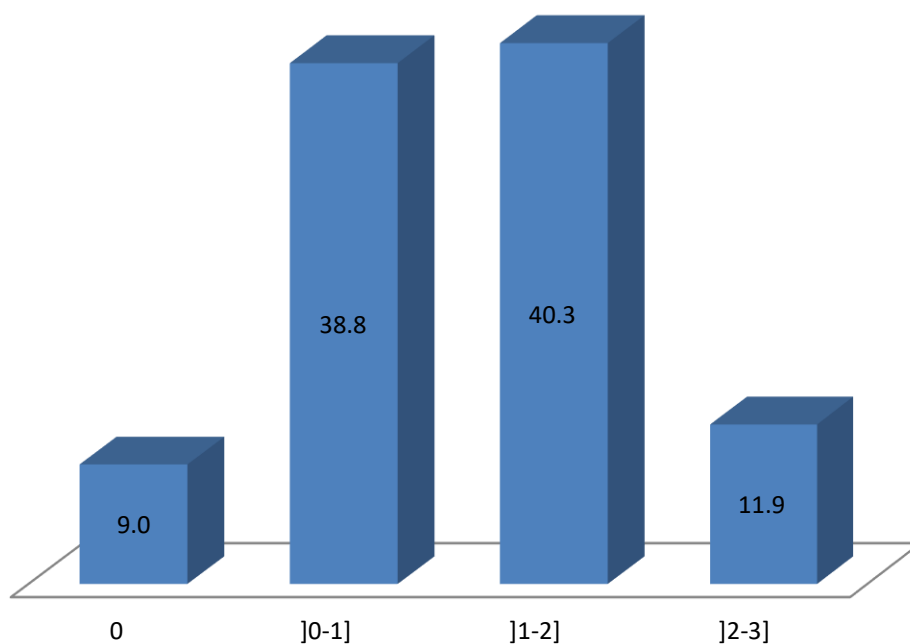


Figure N°65 : La répartition des patients selon l'indice d'abrasion "selon AGUEL".

Une moyenne de $1,55 \pm 0,07$ de l'abrasion dentaire a été notée ; s'étalent entre 0 et 3 avec un écart type de 0,82.

Un degré d'abrasion entre (1-2) était le plus décelé (40,3%) (Figure N°65).

1.1.48 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE DIAGNOSTIC POSITIF :

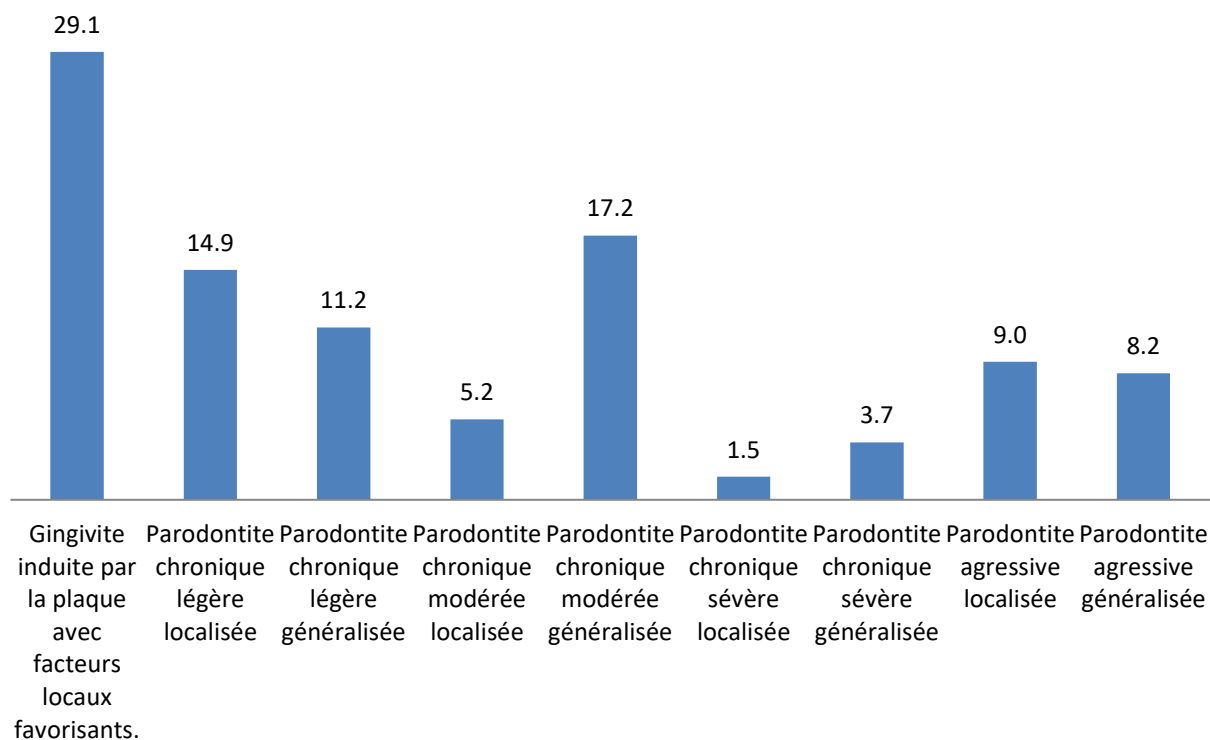


Figure N°66 : La répartition des patients selon le diagnostic positif.

La gingivite induite par la plaque (avec facteurs locaux favorisants), la parodontite chronique modérée généralisée, et la parodontite agressive localisée étaient les diagnostics les plus constatés respectivement à : 29,1%, 17,2%, 9% (Figure N°66).

1.1.49 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET LE SEXE :

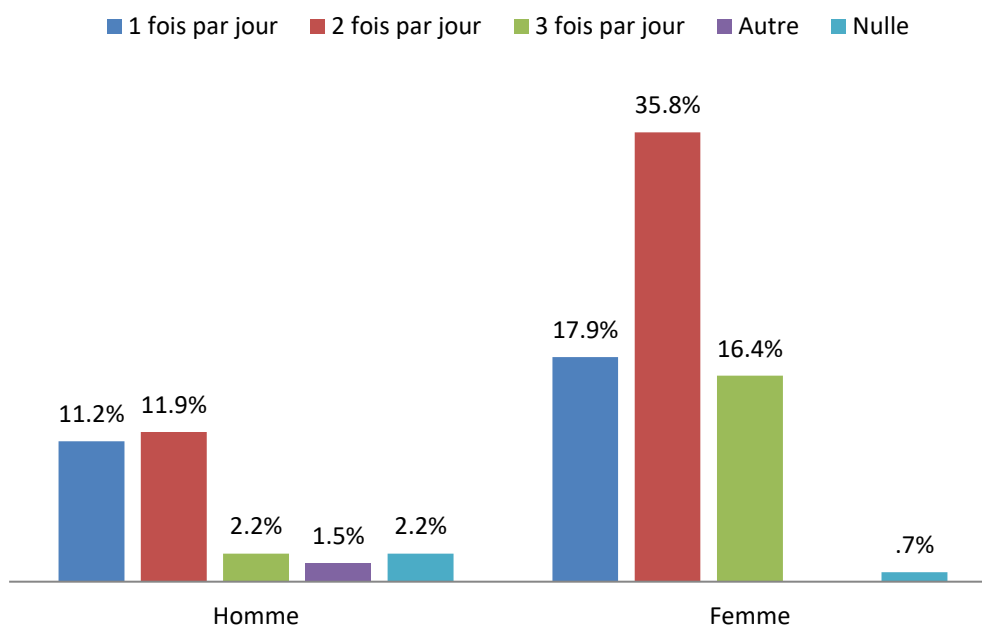


Figure N°67 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et le sexe.

La corrélation entre le sexe et la fréquence du brossage a été mise en évidence. Les fréquences de 3 fois et 2 fois par jour étaient plus retrouvées chez le genre féminin. Statistiquement la relation était significative, confirmée par le test t de Student ($p= 0,004$), (Figure N°67).

1.1.50 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ÂGE :

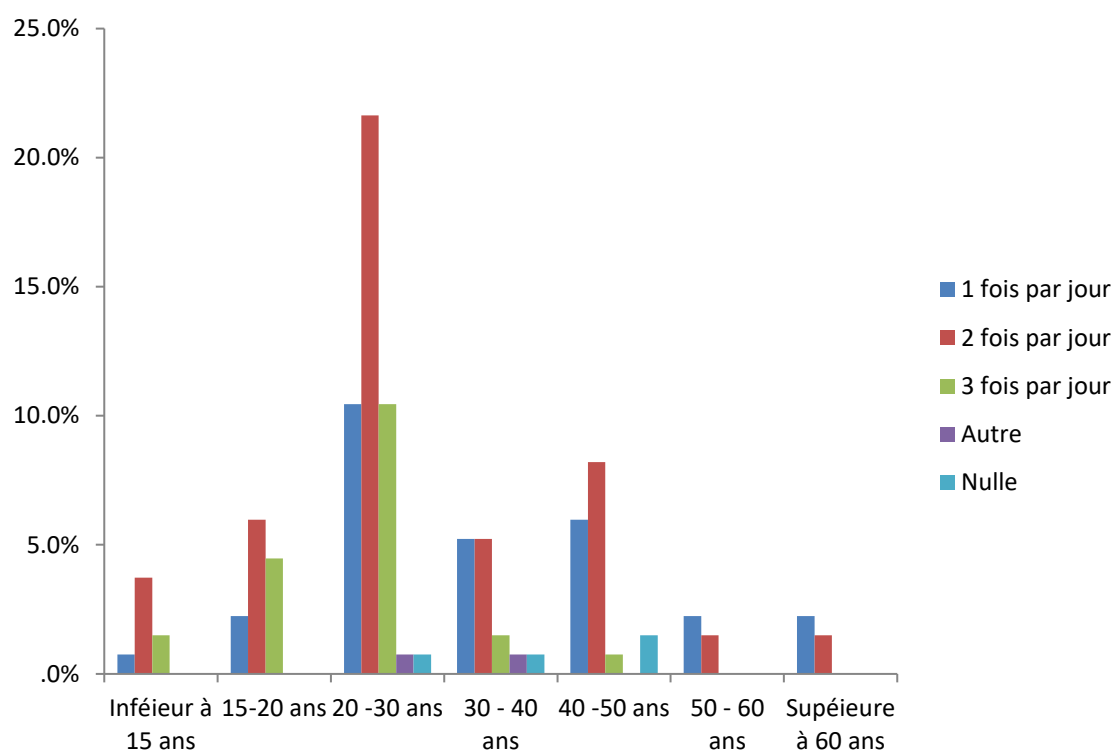


Figure N°68 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'âge.

A l'opposé du sexe, l'influence de l'âge sur la fréquence du brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement la relation était significative, confirmée par le test ANOVA ($p=0,008$) (Figure N°68).

1.1.51 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :

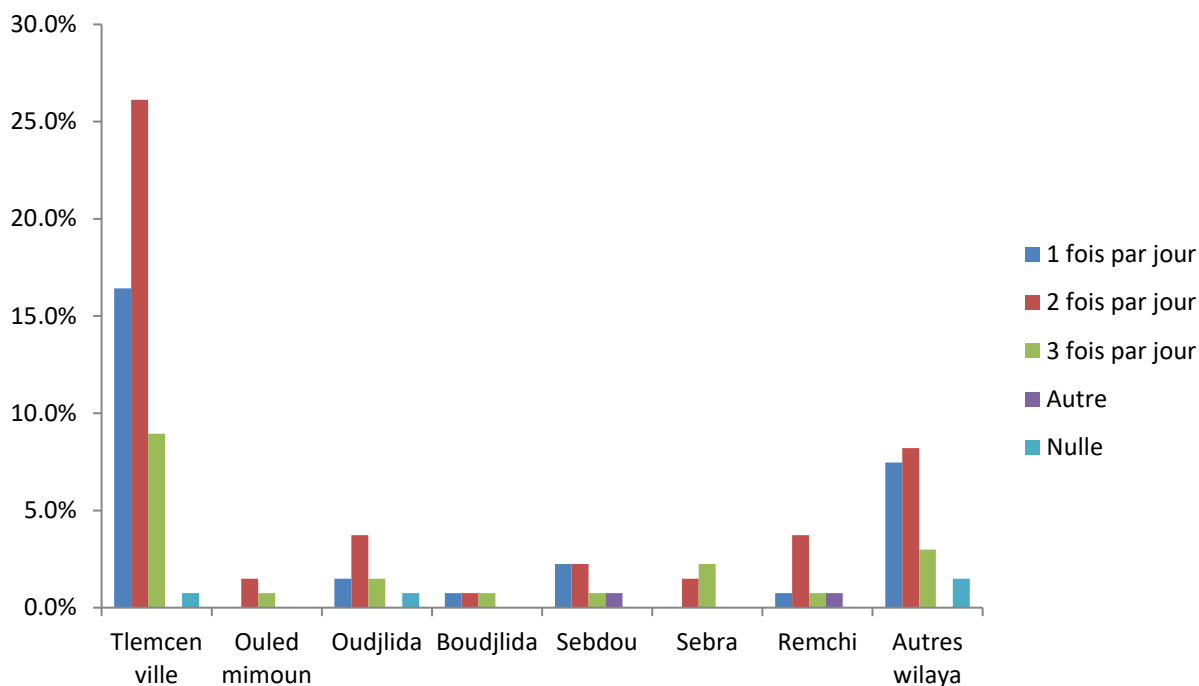


Figure N°69 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'adresse.

Tout comme l'âge, l'adresse aussi n'avait aucune influence sur la fréquence du brossage. Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test ANOVA ($p=0,648$), (Figure N°69).

1.1.52 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'IPSE :

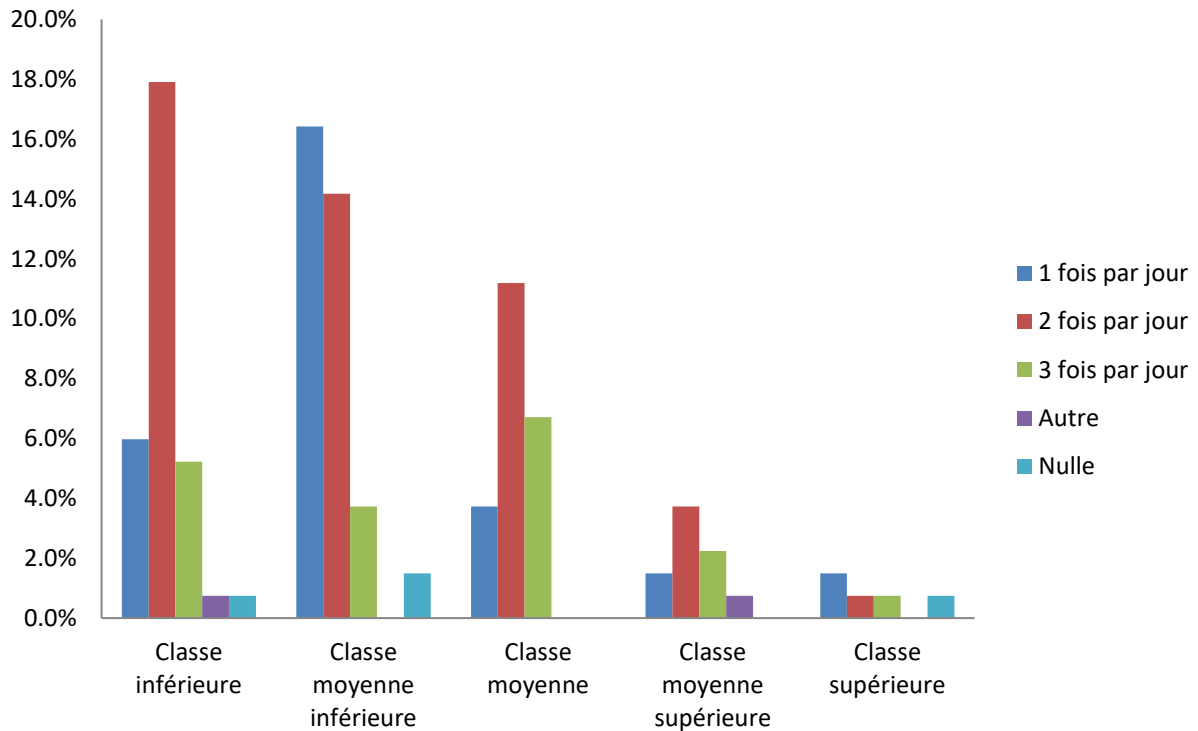


Figure N°70 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'IPSE.

Par contre la corrélation entre l'indice de position socio-économique et la fréquence du brossage a été mise en évidence. Statistiquement la relation était significative, confirmée par le test ANOVA ($p= 0,000$), (Figure N°70).

1.1.53 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

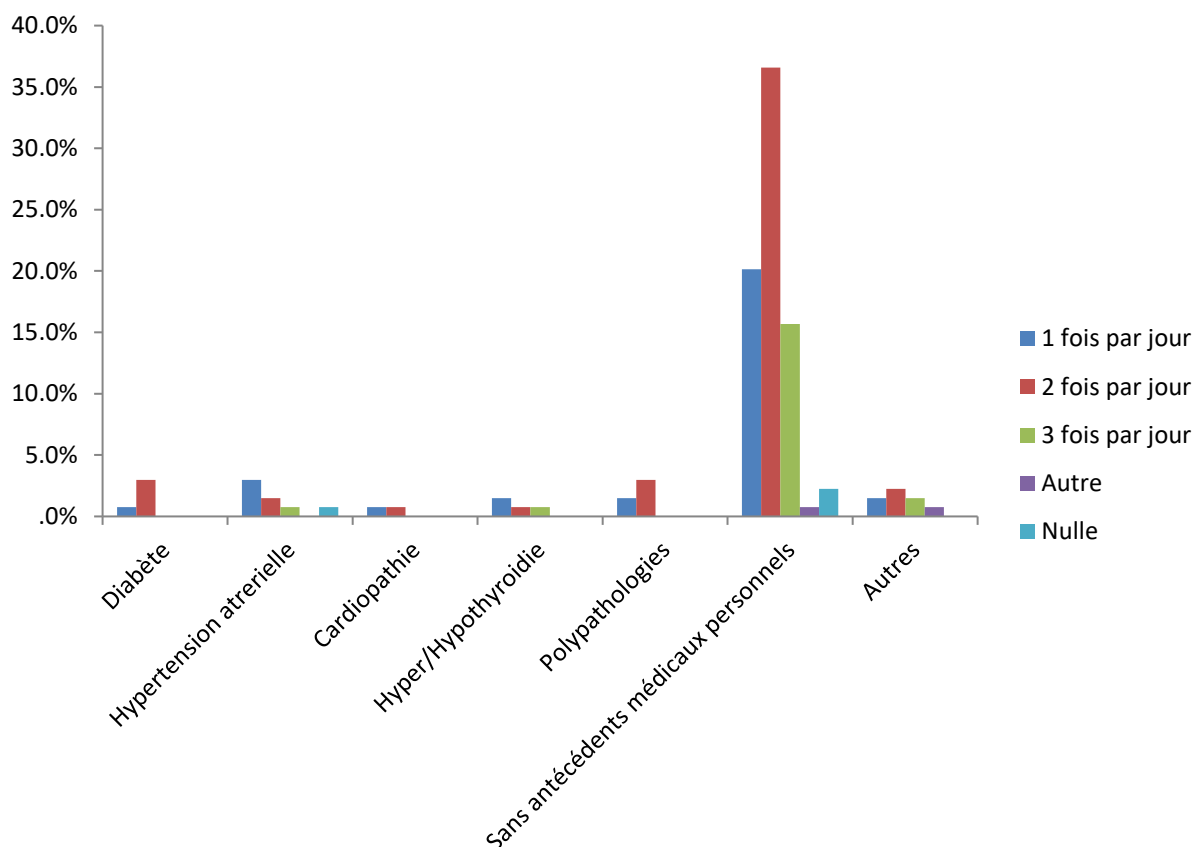


Figure N°71 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et l'état général.

L'état général ne semblait pas influencer la fréquence du brossage. La relation était statistiquement significative, confirmée par le test ANOVA ($p=0,000$), (Figure N°71).

1.1.54 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FRÉQUENCE DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

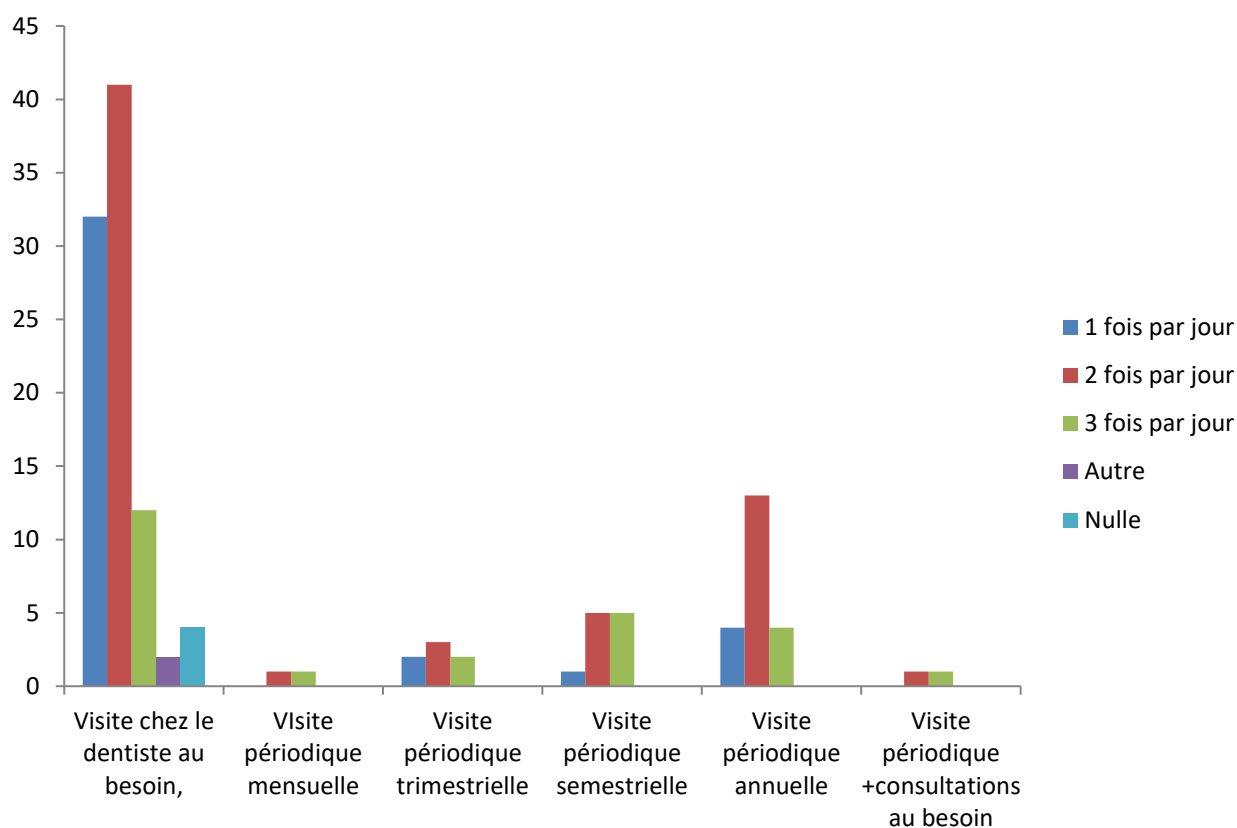


Figure N°72 : La répartition des patients selon la fréquence du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

La fréquence des visites chez le médecin dentiste ne semblait aussi pas influencer la fréquence du brossage. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test ANOVA ($p=0,065$), (Figure N°72).

1.1.55 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET LE SEXE :

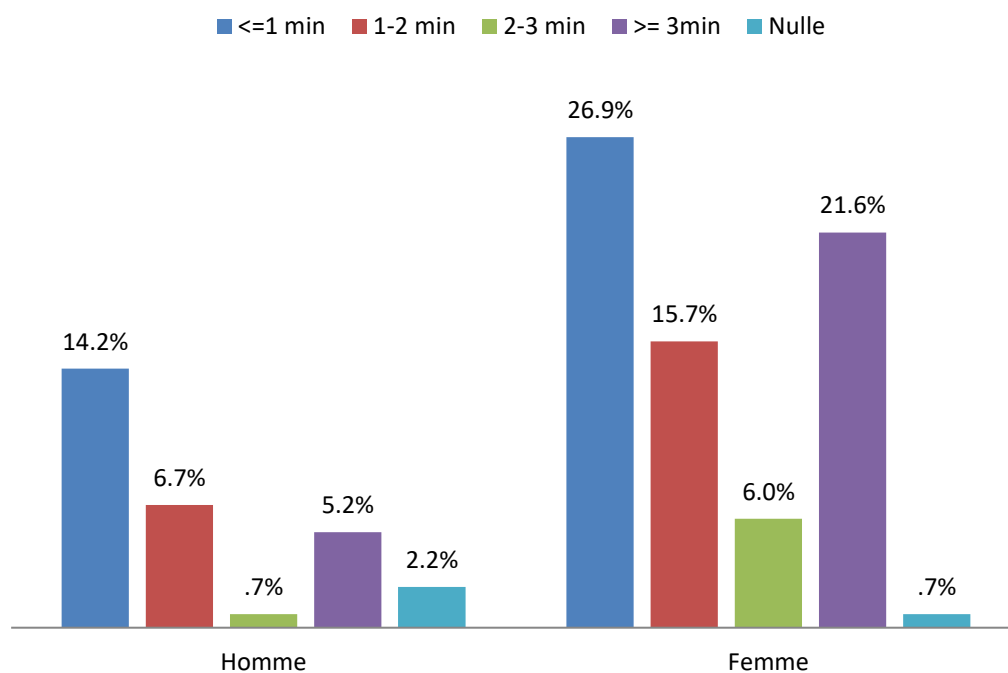


Figure N°73 : La répartition des patients selon la durée du brossage et le sexe.

La corrélation entre le sexe et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,090$), (Figure N°73).

1.1.56 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ÂGE :

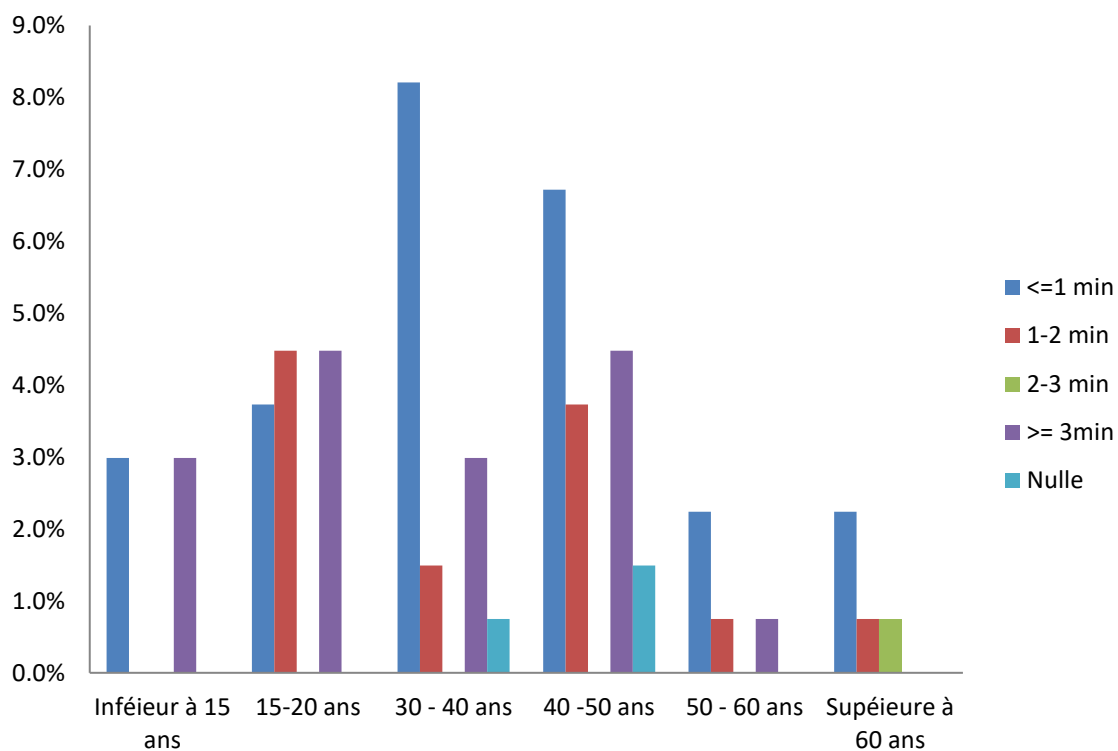


Figure N°74 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'âge.

La corrélation entre l'âge et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence.

Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,316$), (Figure N°74).

1.1.57 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :

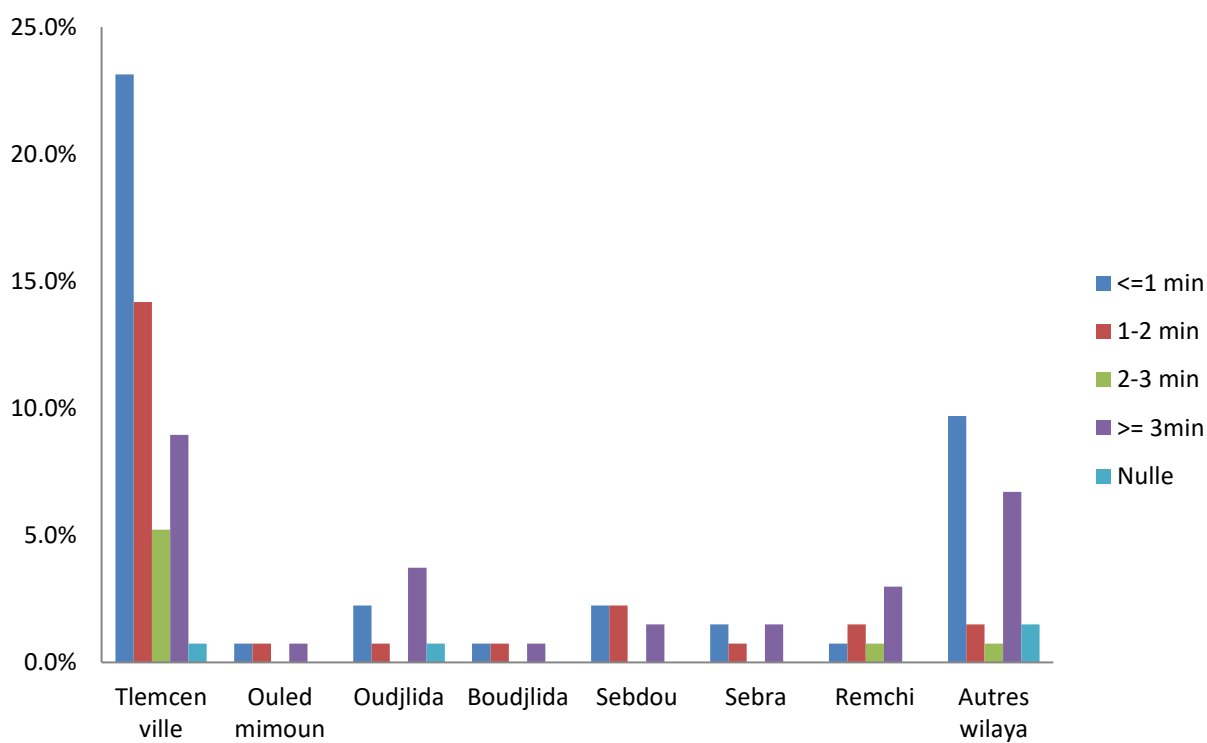


Figure N°75 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'adresse.

La corrélation entre l'adresse et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence.

Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,718$), (Figure N° 75).

1.1.58 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'IPSE :

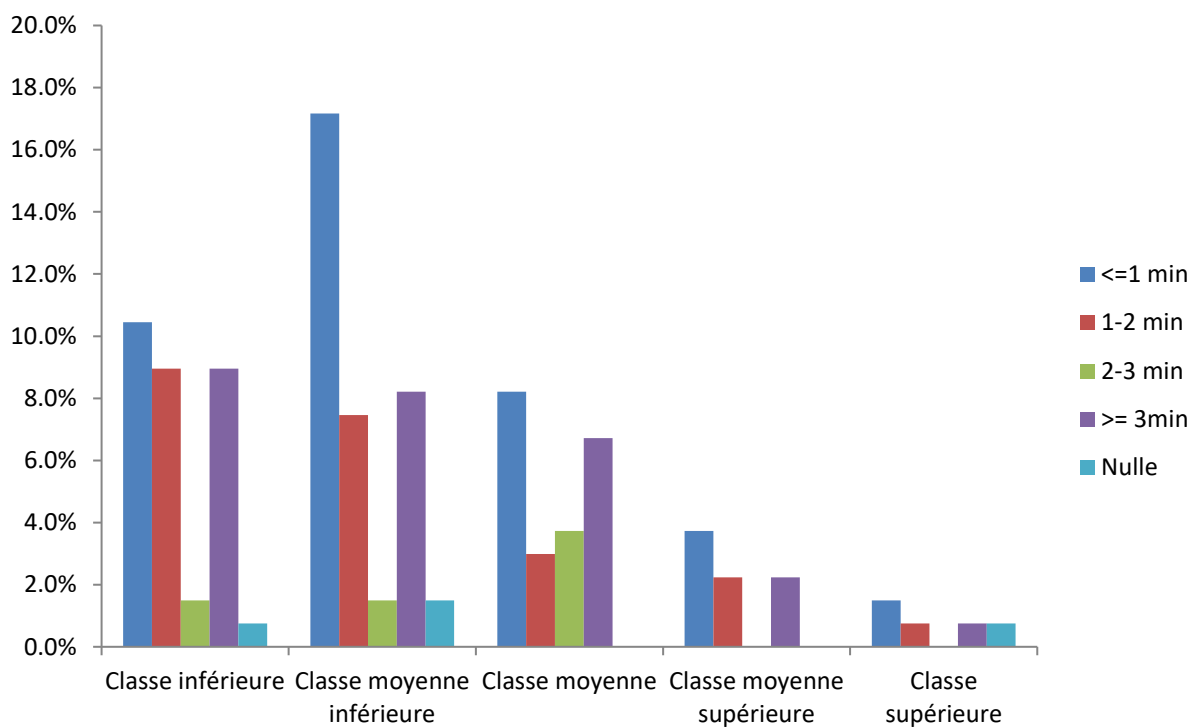


Figure N°76 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'IPSE.

La corrélation entre l'indice de position socio-économique et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X^2 ($p=0,410$), (Figure N°76).

1.1.59 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

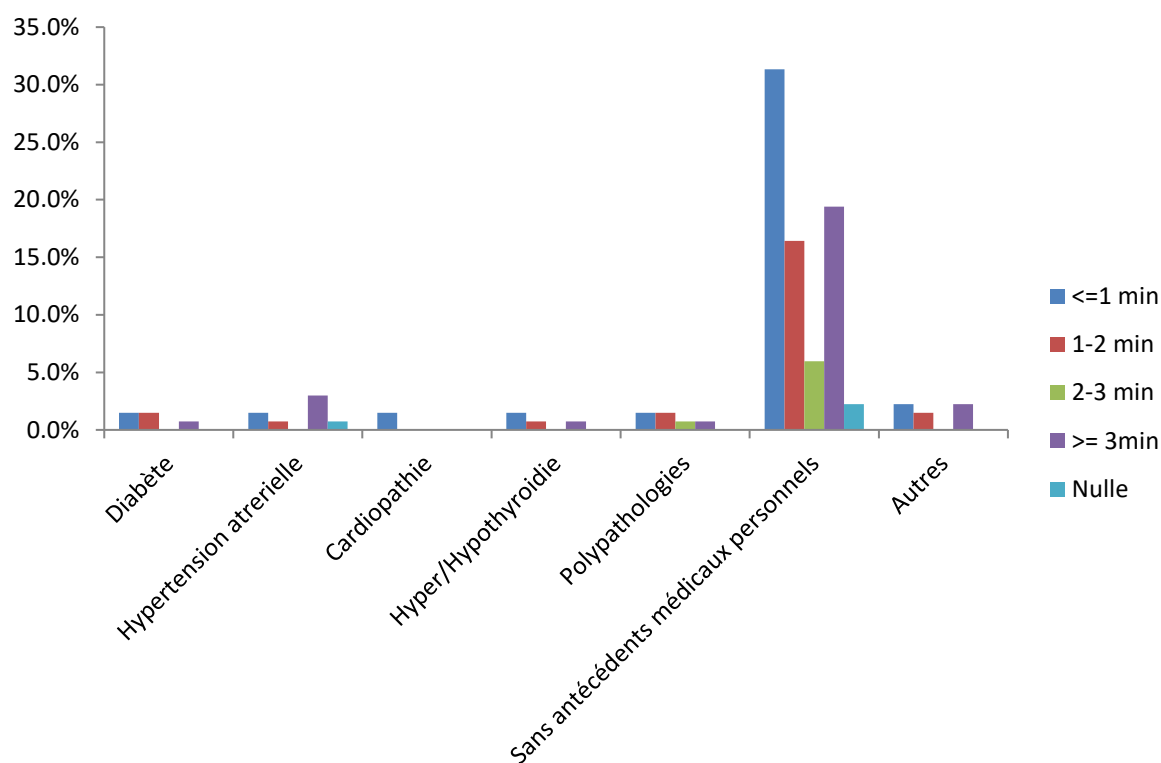


Figure N°77 : La répartition des patients selon la durée du brossage et l'état général.

La corrélation entre l'état général et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,963$), (Figure N°77).

1.1.60 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

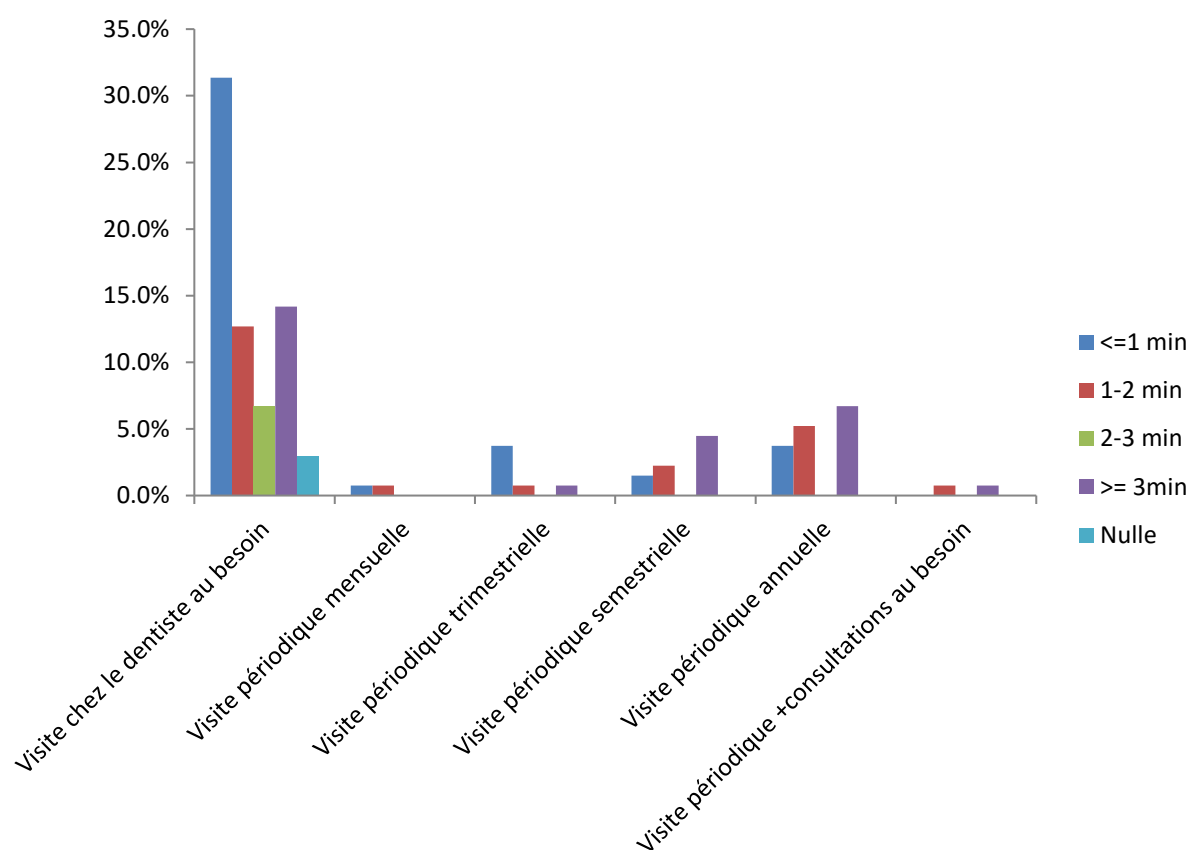


Figure N°78 : La répartition des patients selon la durée du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

La corrélation entre la fréquence de visite chez le médecin dentiste et la durée du brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,282$), (Figure N°78).

1.1.61 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE SEXE :

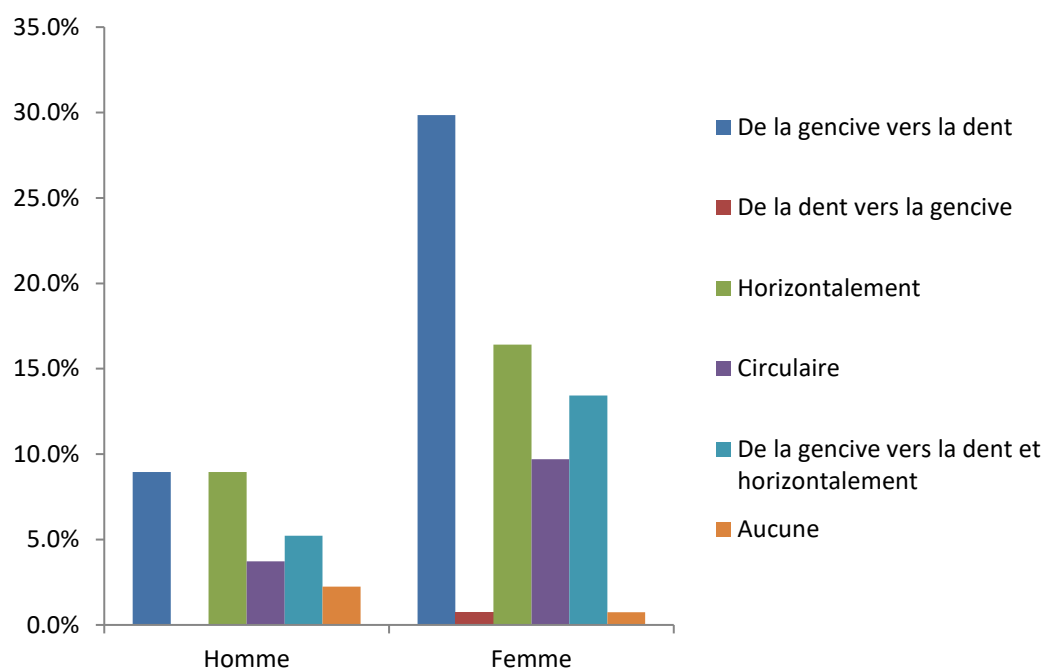


Figure N°79 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le sexe.

La corrélation entre le sexe et la méthode de brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,299$), (Figure N°79).

1.1.62 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ÂGE :

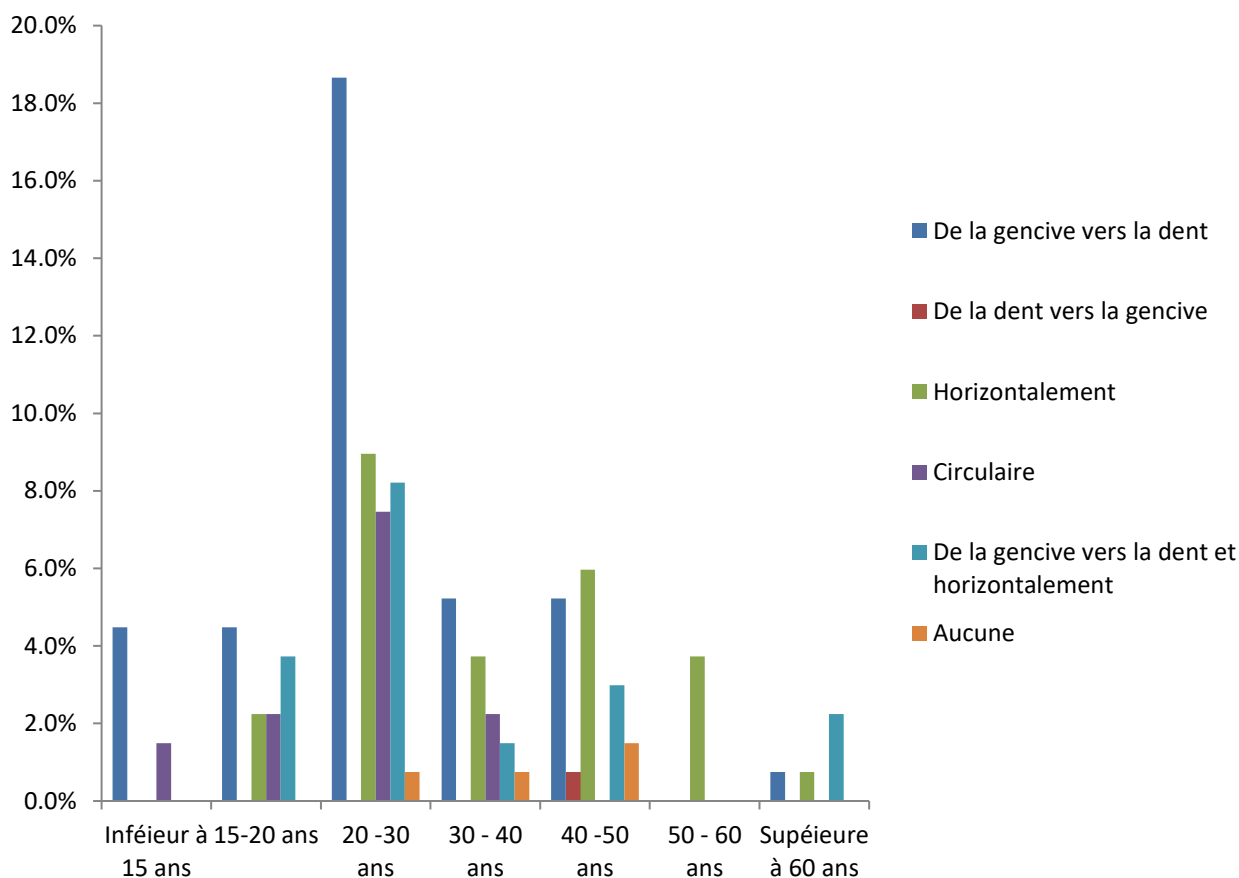


Figure N°80 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'âge.

La corrélation entre l'âge et la méthode de brossage a été mise en évidence. La relation était statistiquement significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,039$), (Figure N°80).

1.1.63 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ADRESSE :

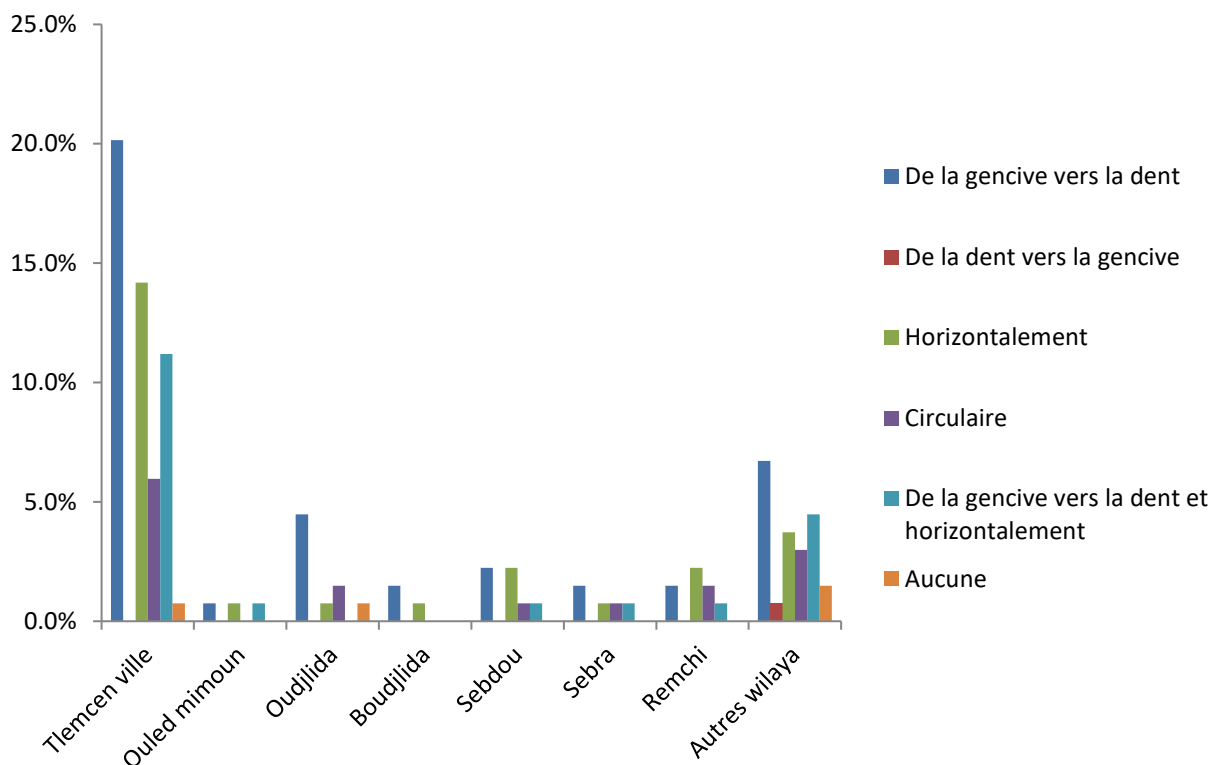


Figure N°81 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'adresse.

La corrélation entre l'adresse et la méthode de brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,98$), (Figure N°81).

1.1.64 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'IPSE :

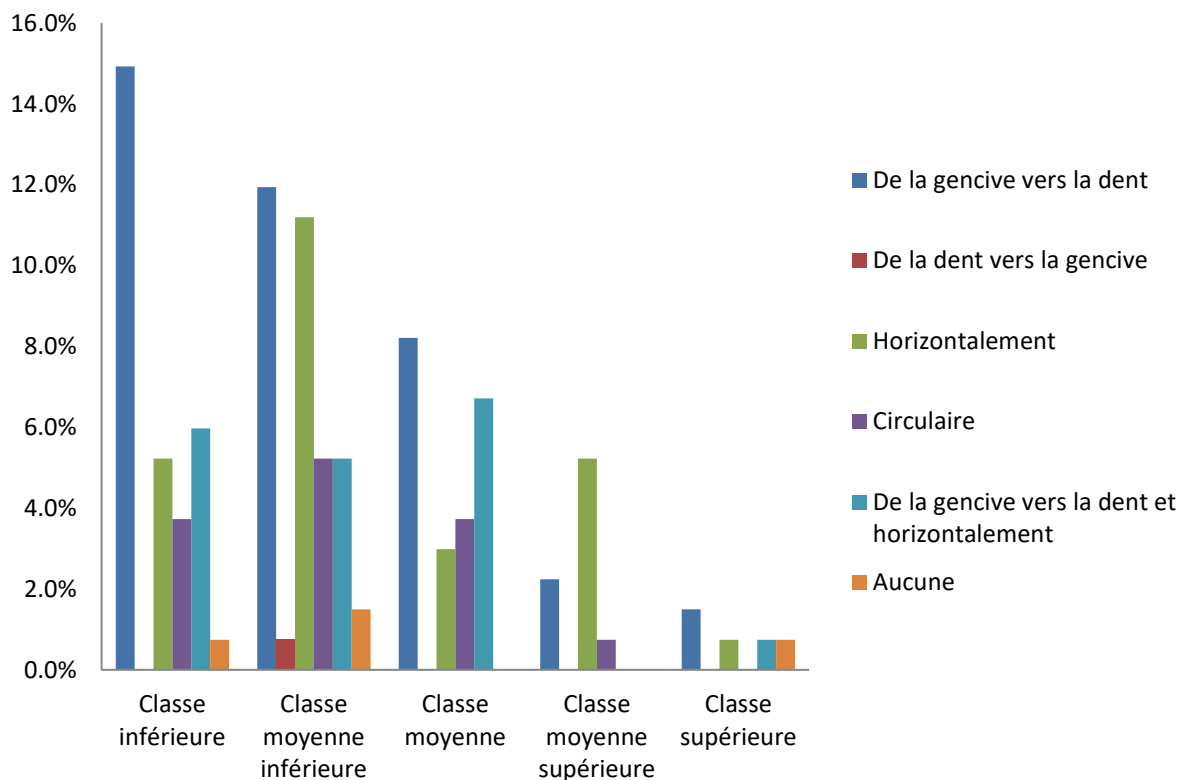


Figure N°82 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'IPSE.

La position socio-économique semblait influencer la méthode de brossage. Statistiquement la relation était significative, le test du X_2 le confirme ($p=0,039$), (Figure N°82).

1.1.65 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

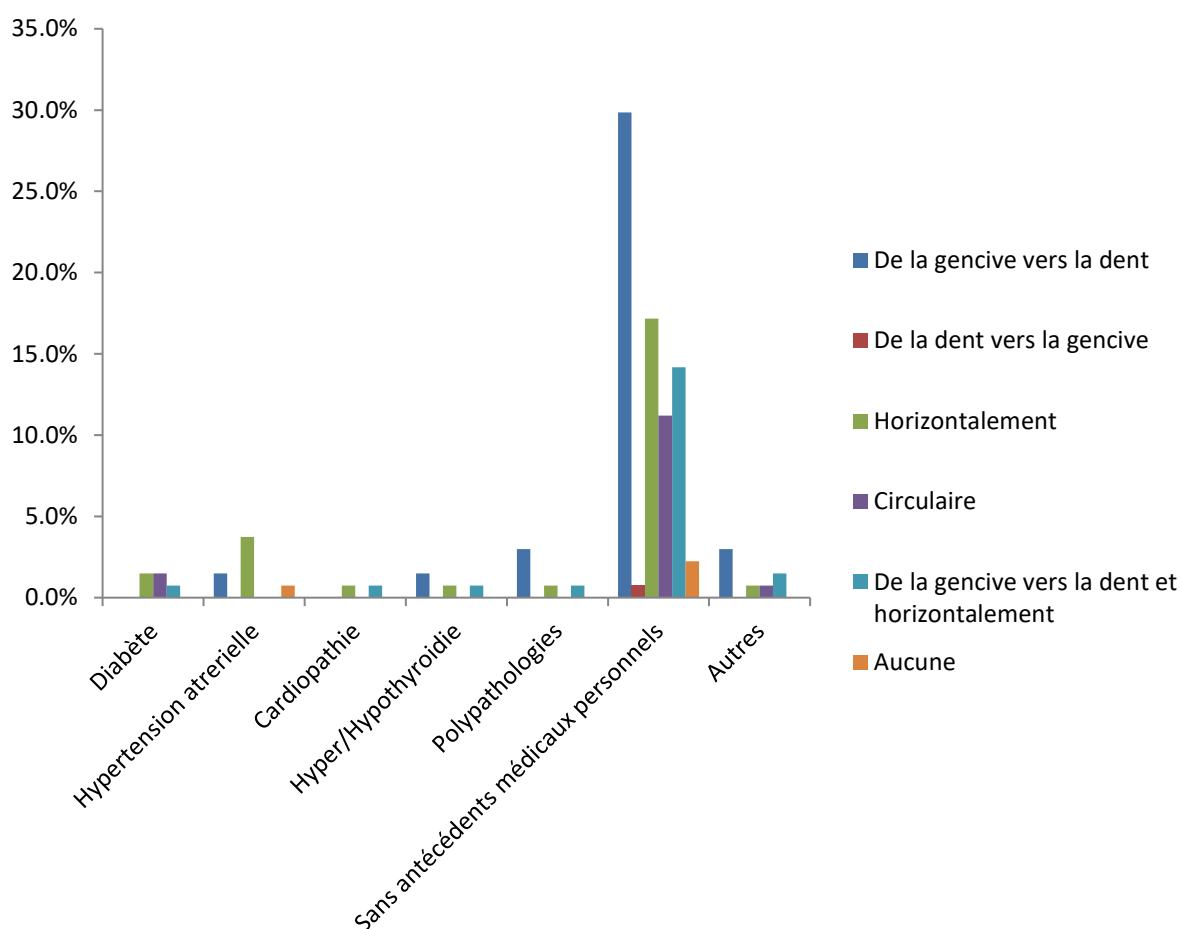


Figure N°83 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et l'état général.

La corrélation entre l'état général et la méthode de brossage n'a pas été mise en évidence. La relation était statistiquement insignifiante, confirmée par le test du X^2 ($p= 0,826$), (Figure N°83).

1.1.66 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

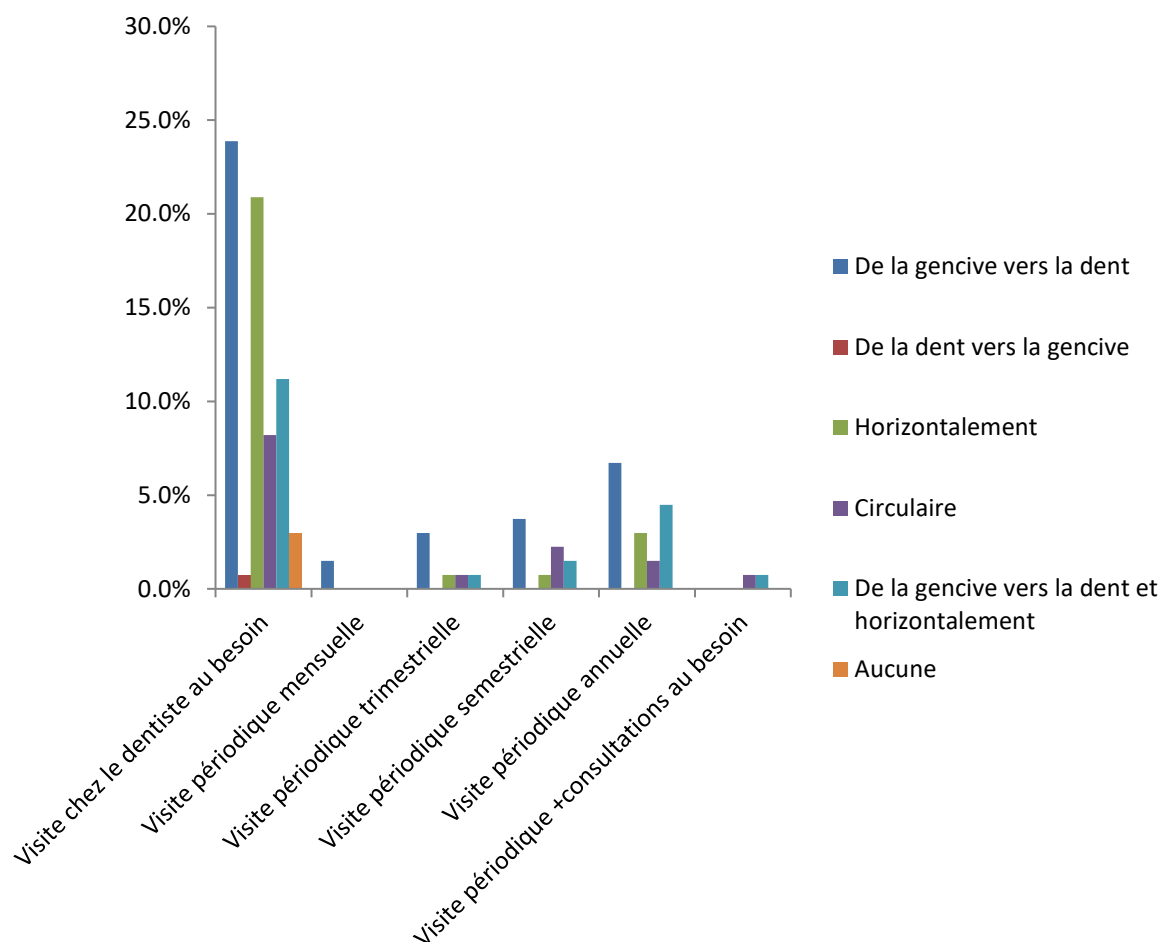


Figure N°84 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

La méthode de brossage adoptée par les patients n'avait pas de relation avec leurs fréquences de visite chez le médecin dentiste. Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,878$), (Figure N°84).

1.1.67 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE PI :

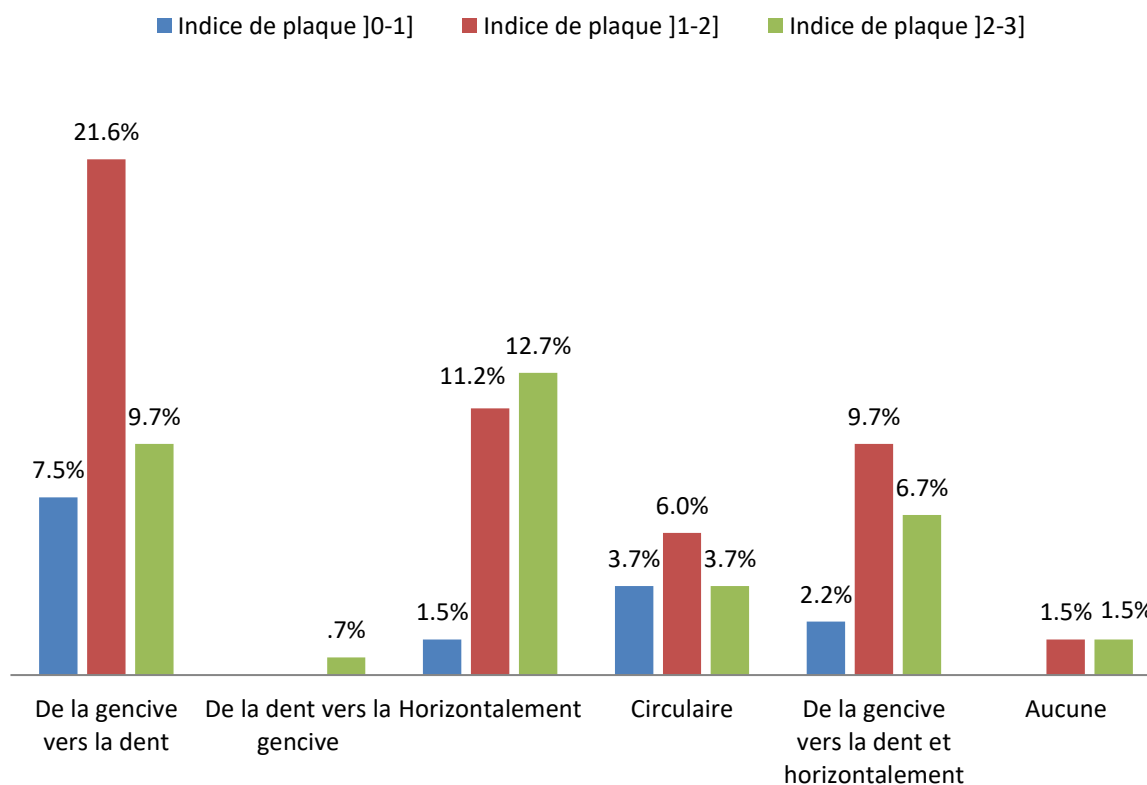


Figure N°85 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le PI.

La corrélation entre le PI et la méthode de brossage n'a pas été mise en évidence.

Statistiquement la relation était insignifiante, le test du X^2 le confirme ($p=0,285$), (Figure N°85).

1.1.68 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MÉTHODE DE BROSSAGE ET LE GI :

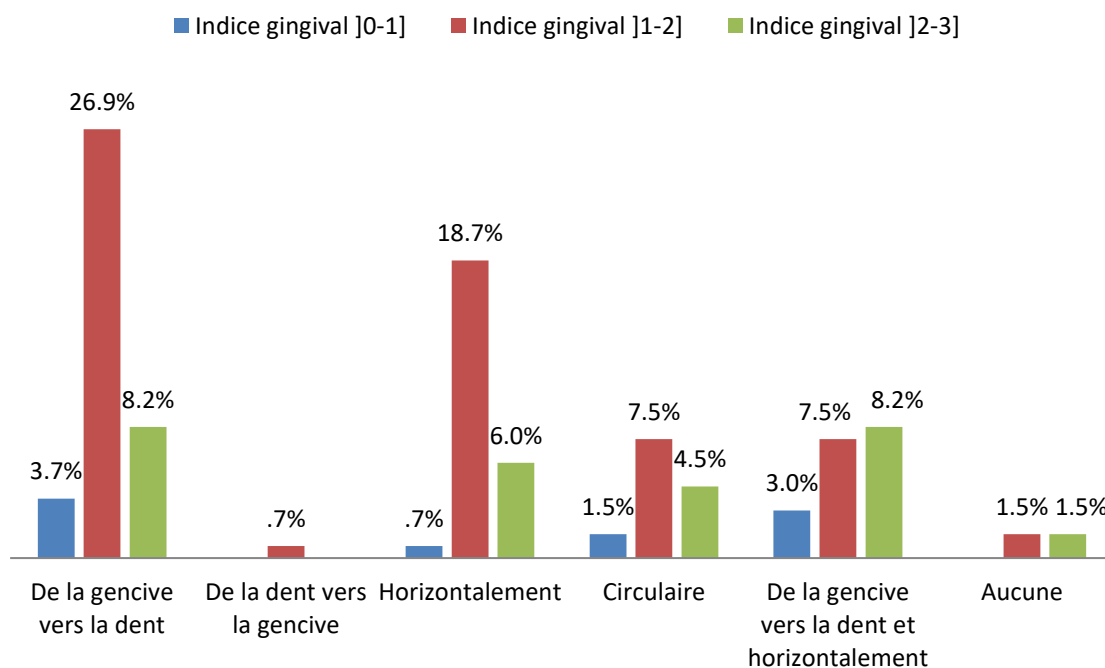


Figure N°86 : La répartition des patients selon la méthode de brossage et le GI.

La corrélation entre le GI et la méthode de brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement la relation était insignifiante, le test du X^2 le confirme ($p=0,332$), (Figure N°86).

1.1.69 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET LE SEXE :

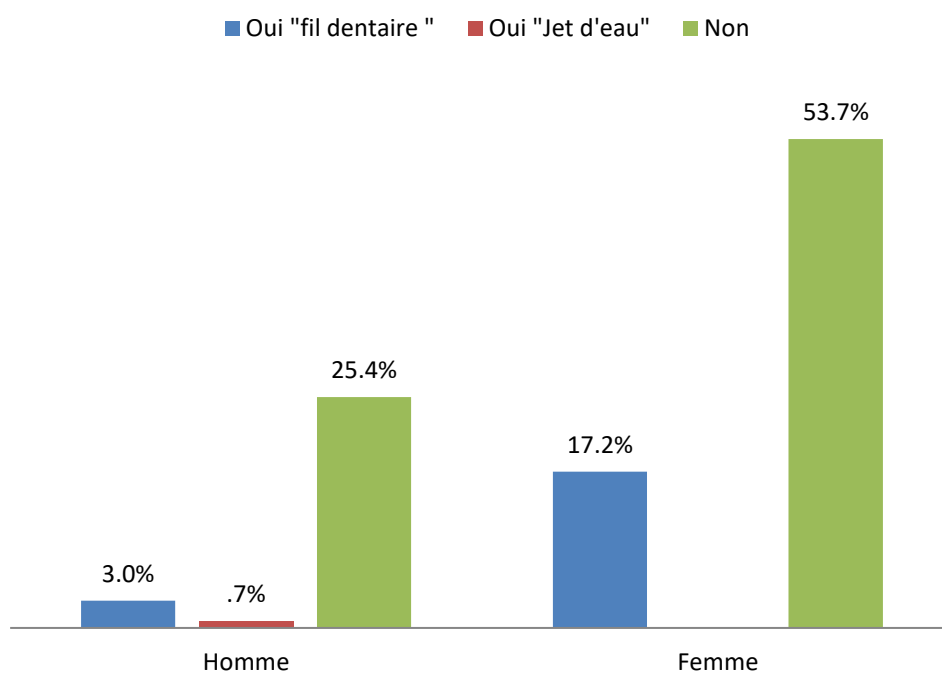


Figure N°87 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et le sexe.

La corrélation entre le sexe et l'utilisation des adjuvants du brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement, le test du X_2 confirme l'insignifiance de la relation ($p=0,062$), (Figure N°87).

1.1.70 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ÂGE :

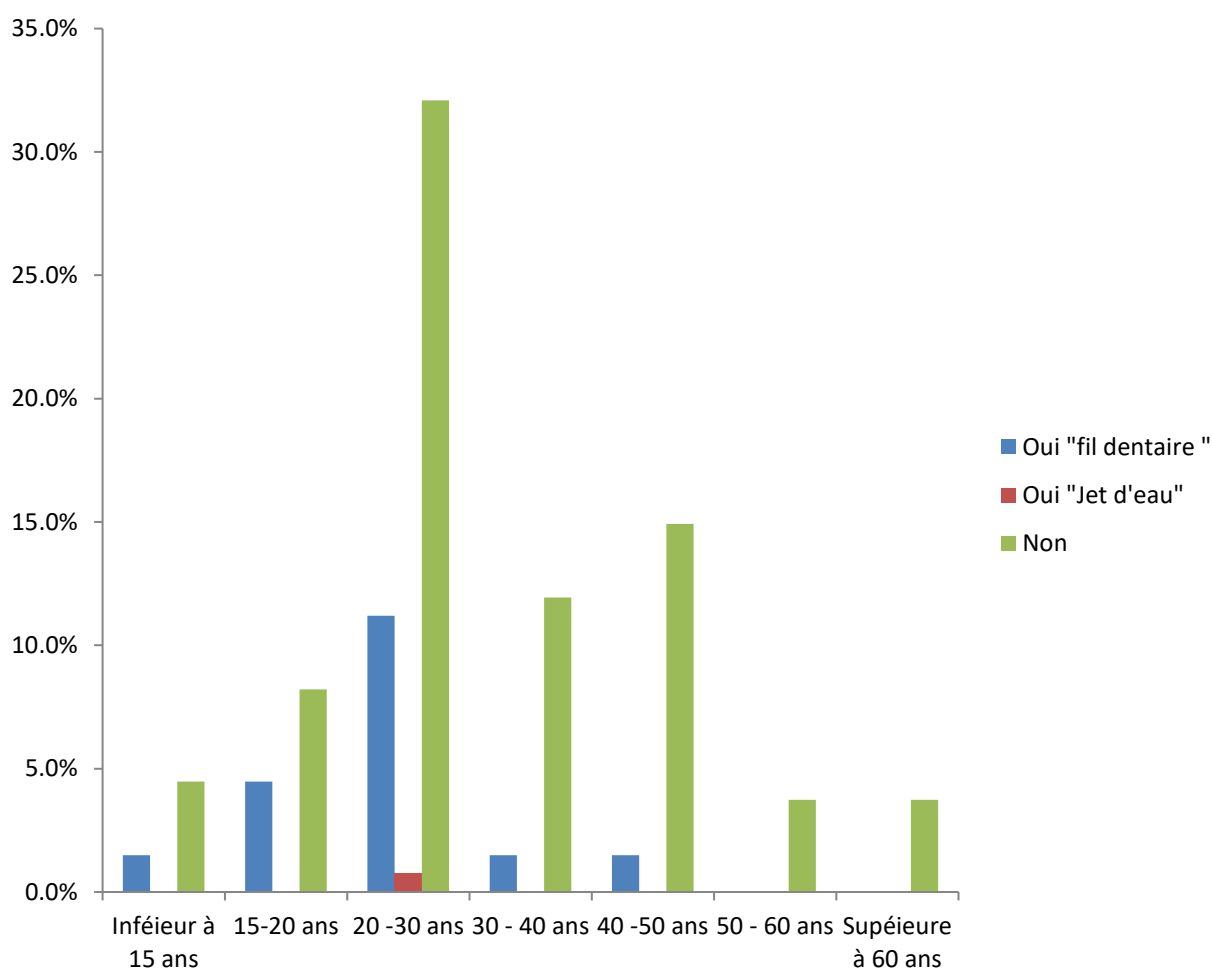


Figure N°88 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'âge.

La corrélation entre l'âge et l'utilisation des adjuvants du brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement, le test du X^2 confirme l'insignifiance de la relation ($p= 0,607$) (Figure N°88).

1.1.71 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ADRESSE :

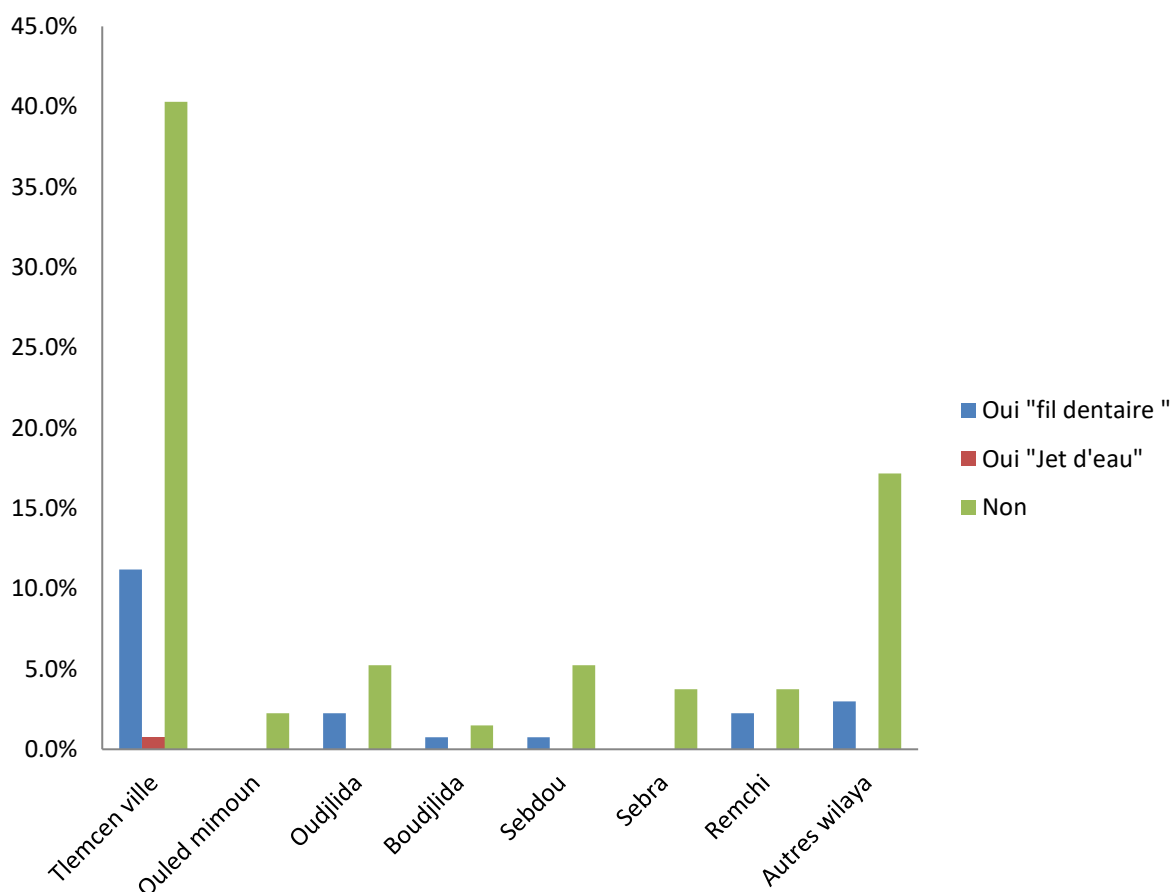


Figure N°89 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'adresse.

La corrélation entre l'adresse et l'utilisation des adjuvants du brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement, le test du X^2 confirme l'insignifiance de la relation ($p= 0,960$) (Figure N°89).

1.1.72 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'IPSE :

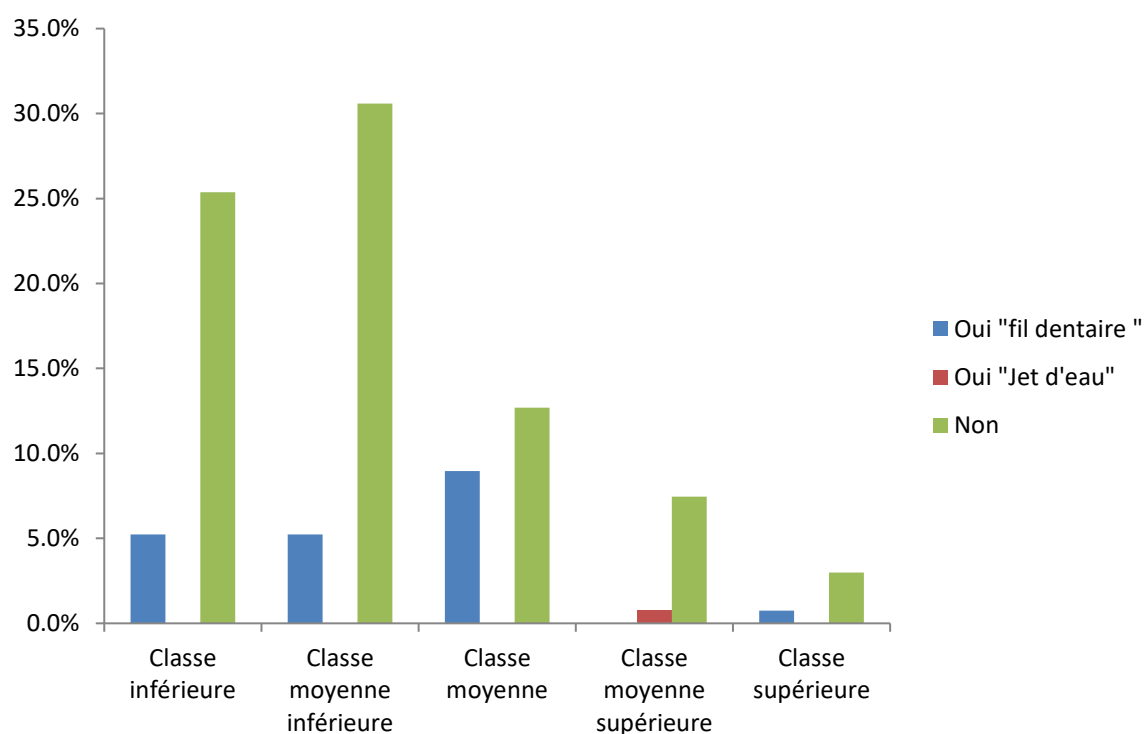


Figure N°90 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'IPSE.

A l'opposé des autres paramètres, la position socio-économique semblait influencer l'utilisation des adjuvants du brossage. La relation était statistiquement très significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,004$), (Figure N°90).

1.1.73 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

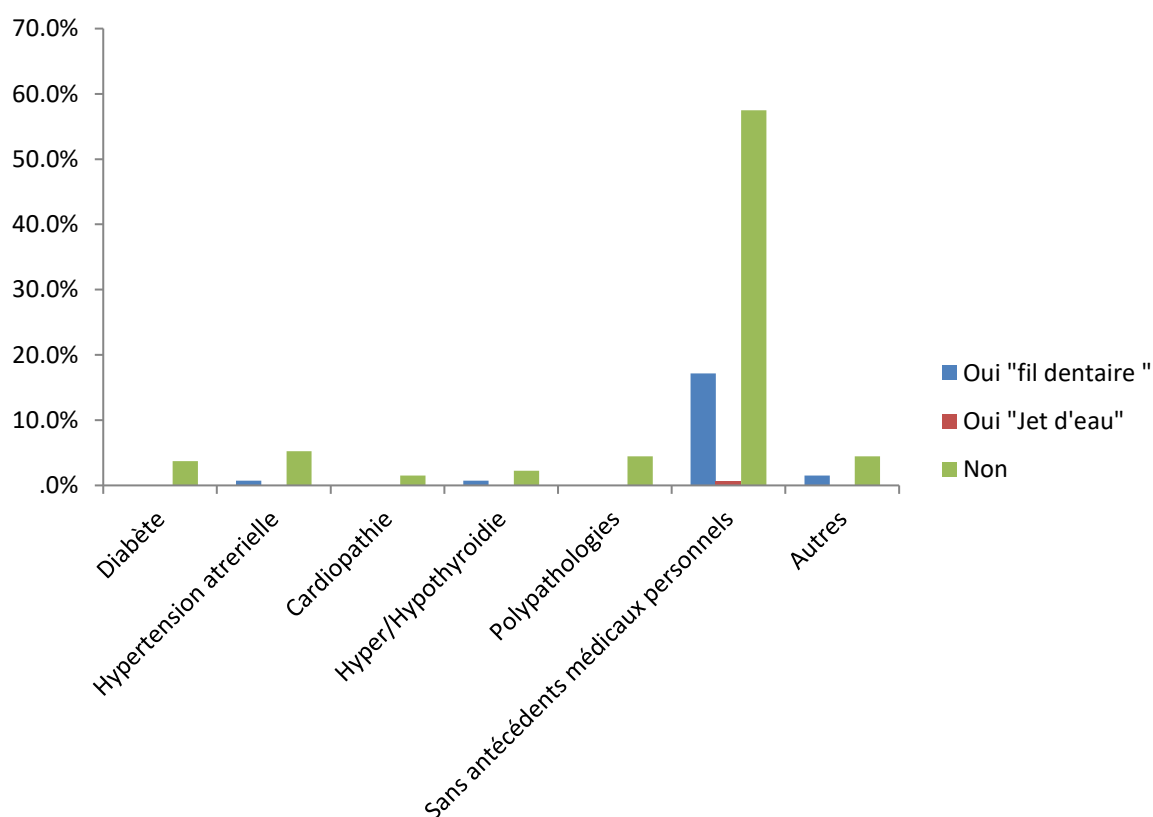


Figure N°91 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et l'état général.

La corrélation entre l'état général et l'utilisation des adjuvants du brossage n'a pas été mise en évidence. Statistiquement, le test du X^2 confirme l'insignifiance de la relation ($p= 0,970$), (Figure N°91).

1.1.74 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'UTILISATION DES ADJUVANTS DU BROSSAGE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

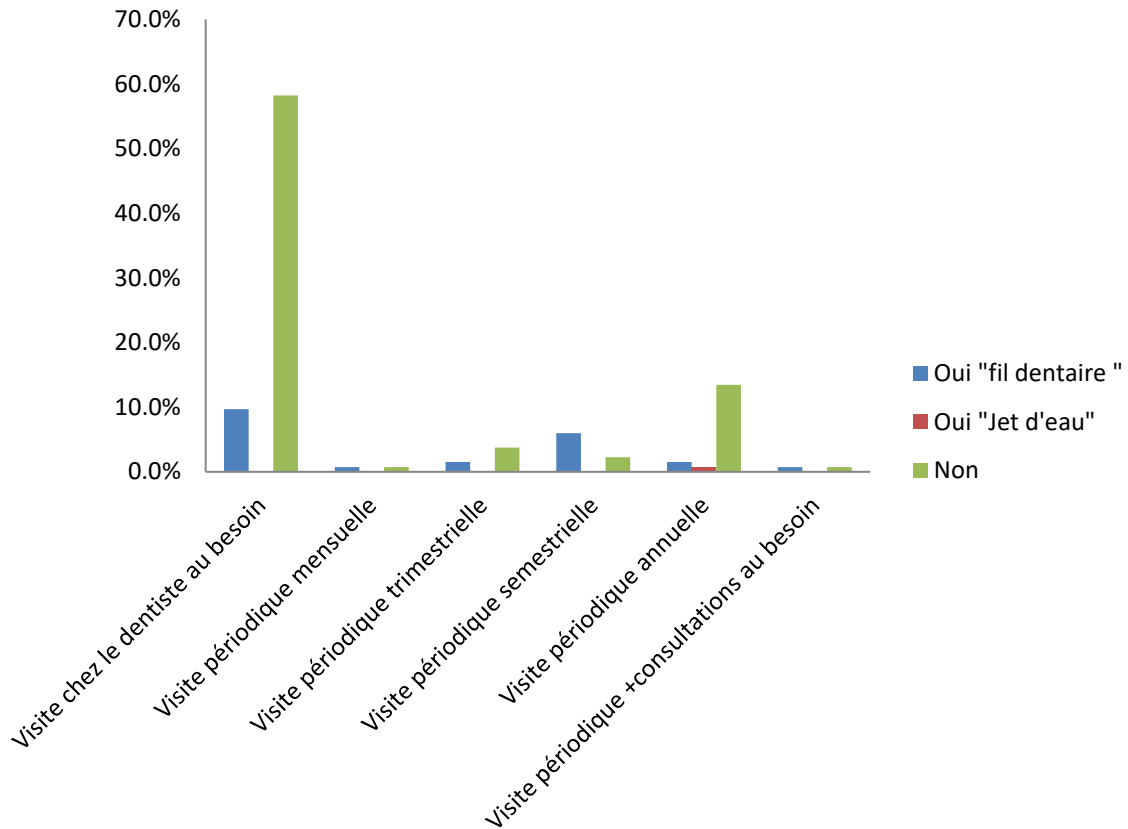


Figure N°92 : La répartition des patients selon l'utilisation des adjuvants du brossage et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

La fréquence des visites chez le médecin dentiste et l'utilisation des adjuvants du brossage étaient corrélées. Statistiquement la relation était significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,001$), (Figure N°92).

1.1.75 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET LE SEXE :

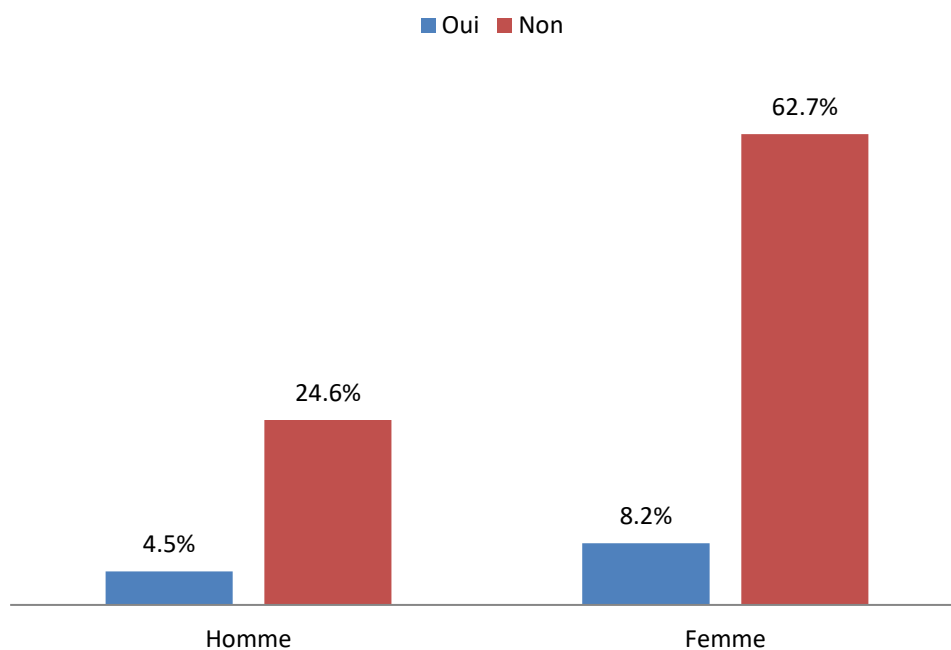


Figure N°93 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et le sexe.

Notre étude n'a pas révélé de différence du brossage de la langue entre les hommes et les femmes. Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,548$) (Figure N°93).

1.1.76 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ÂGE :

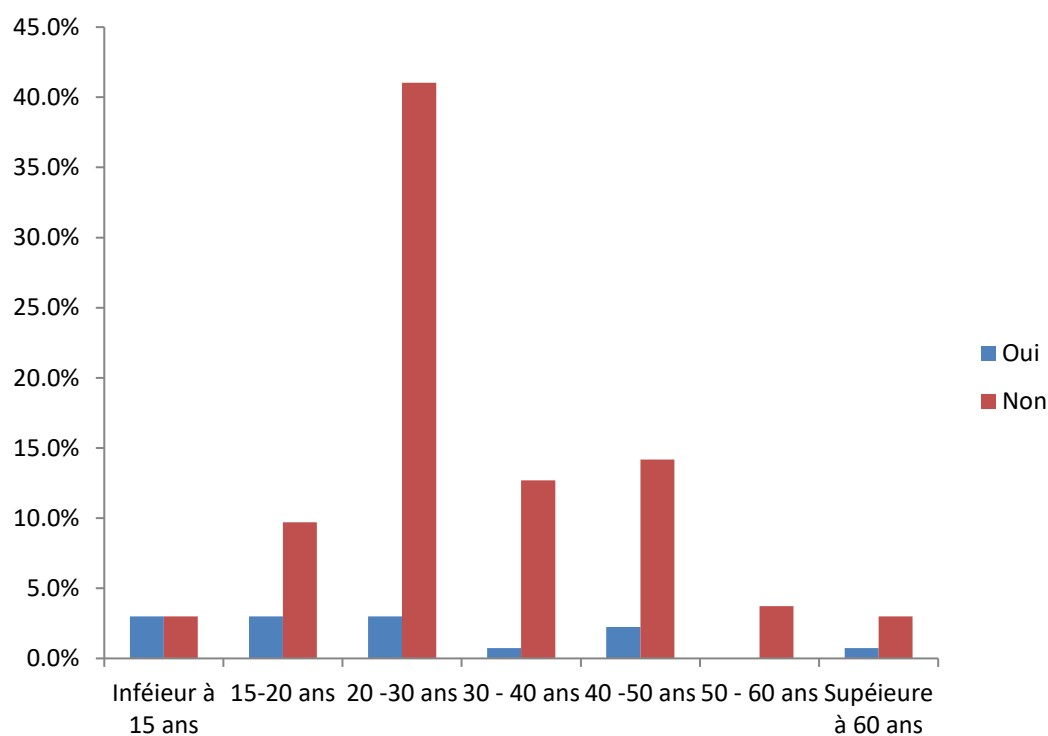


Figure N°94 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'âge.

Par contre, concernant l'âge, il ressort de notre étude que le brossage de la langue était plus observé chez les tranches d'âge les plus jeunes. La relation était statistiquement significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,017$), (Figure N°94).

1.1.77 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ADRESSE :

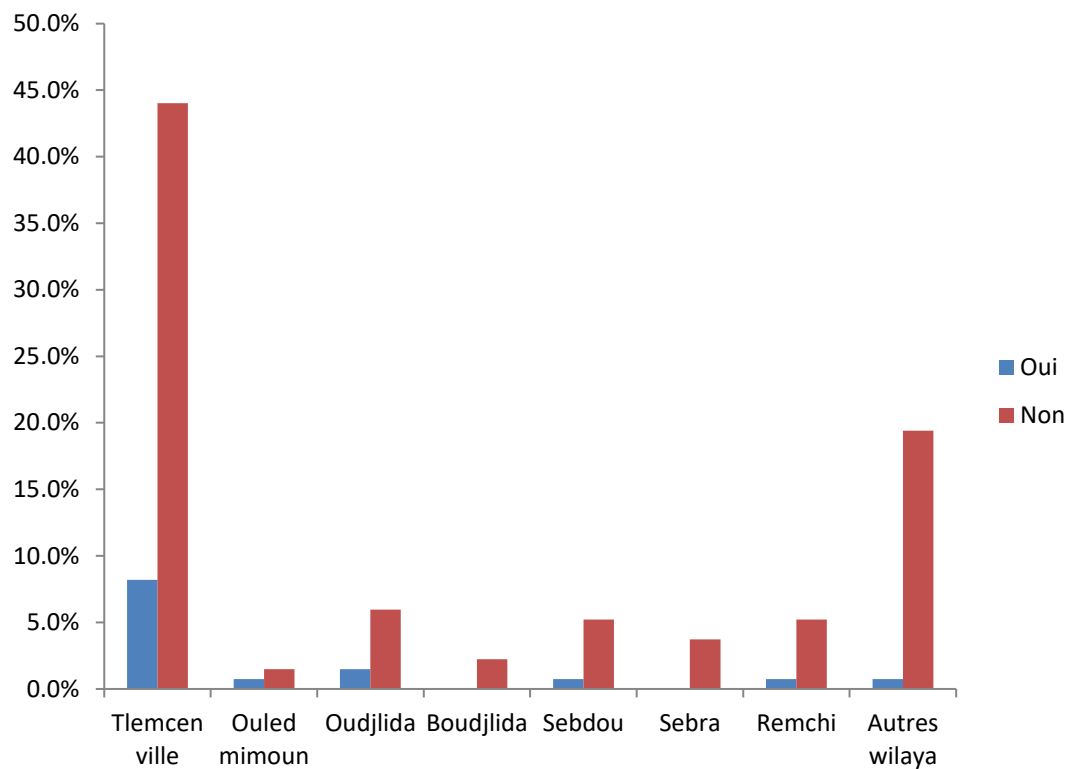


Figure N°95 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'adresse.

La corrélation entre l'adresse et le brossage de la langue n'a pas été mise en évidence.

Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p=0,618$), (Figure N°95).

1.1.78 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'IPSE :

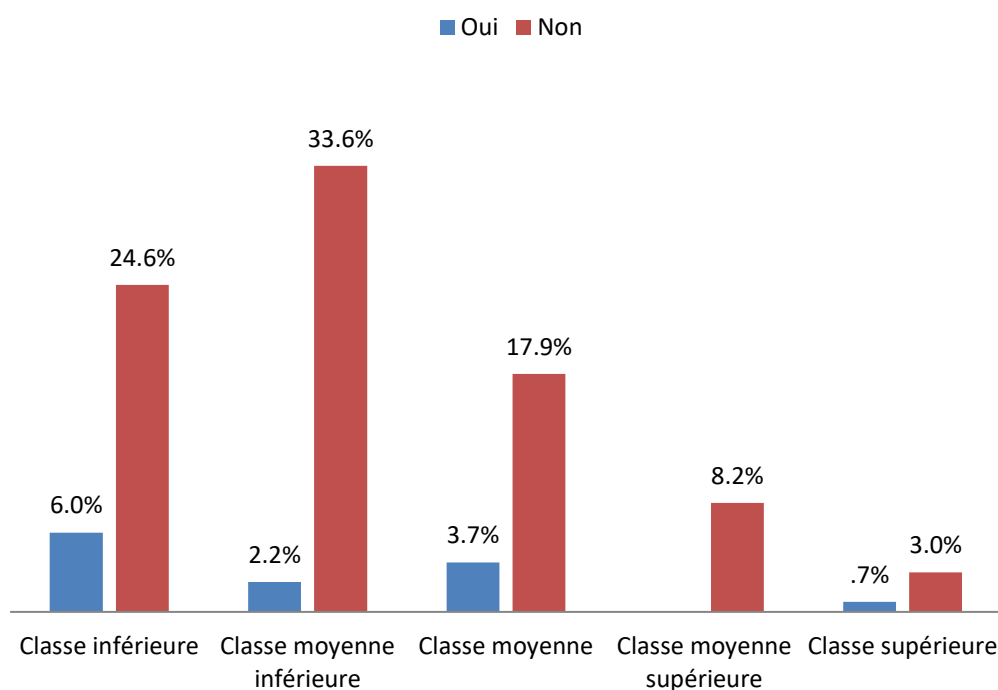


Figure N°96 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'IPSE.

La corrélation entre l'indice de position socio-économique et le brossage de la langue n'a pas été mise en évidence. Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p= 0,207$), (Figure N°96).

1.1.79 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

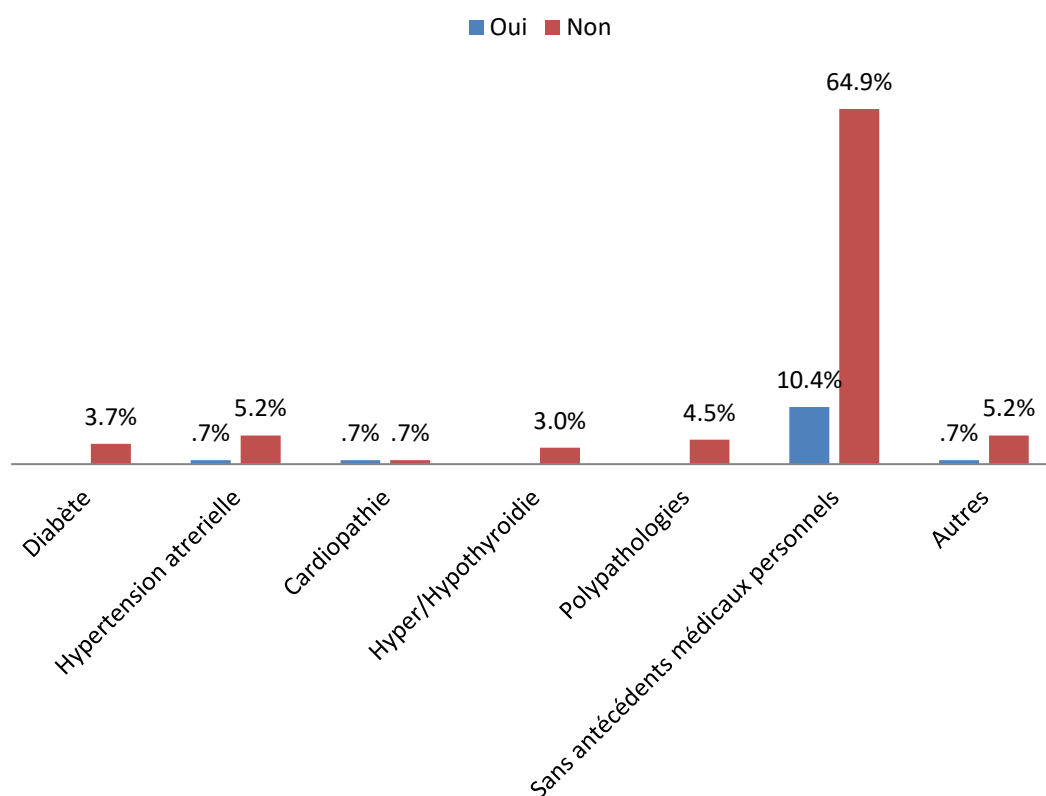


Figure N°97 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et l'état général.

La corrélation entre l'état général et le brossage de la langue n'a pas été mise en évidence. Statistiquement la relation était insignifiante, confirmée par le test du X_2 ($p= 0,560$), (Figure N°97).

1.1.80 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE BROSSAGE DE LA LANGUE ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

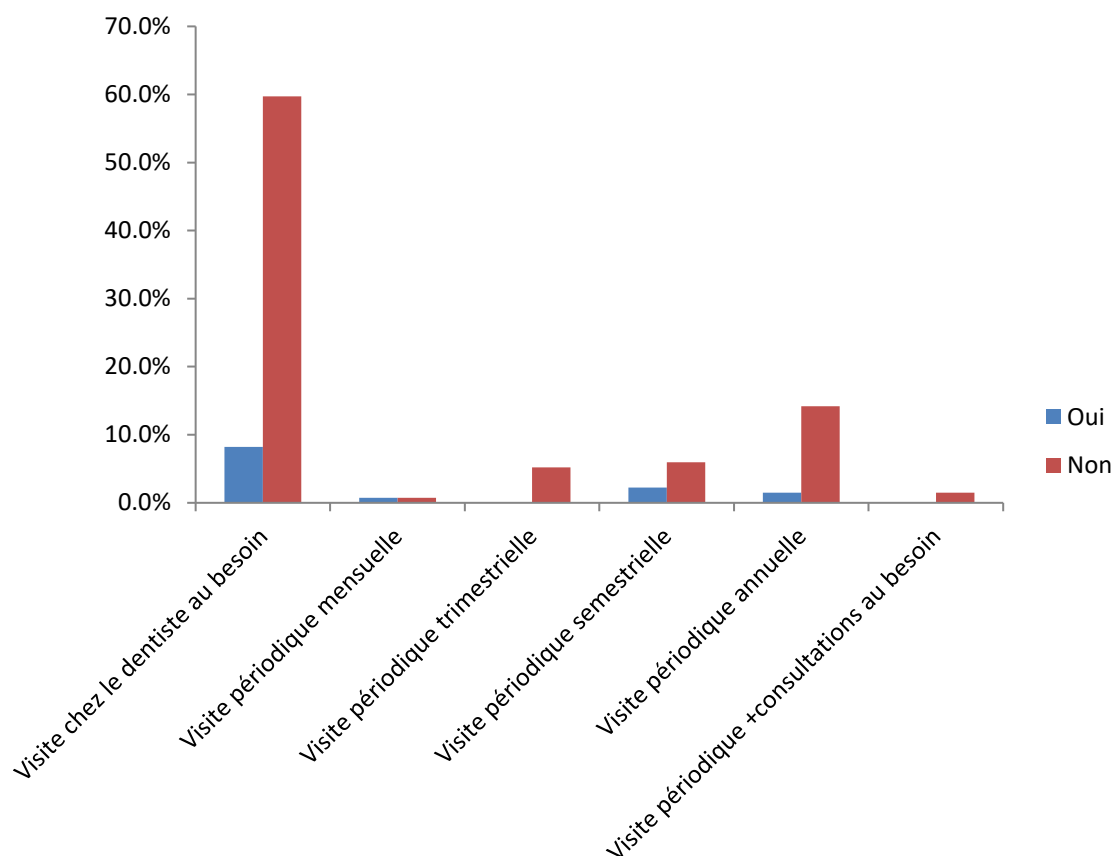


Figure N°98 : La répartition des patients selon le brossage de la langue et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

La corrélation entre la fréquence de visite chez le médecin dentiste et le brossage de la langue n'a pas été mise en évidence. Statistiquement la relation était insignifiante, le test du X^2 le confirme ($p=0,292$), (Figure N°98).

1.1.81 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET LE SEXE :

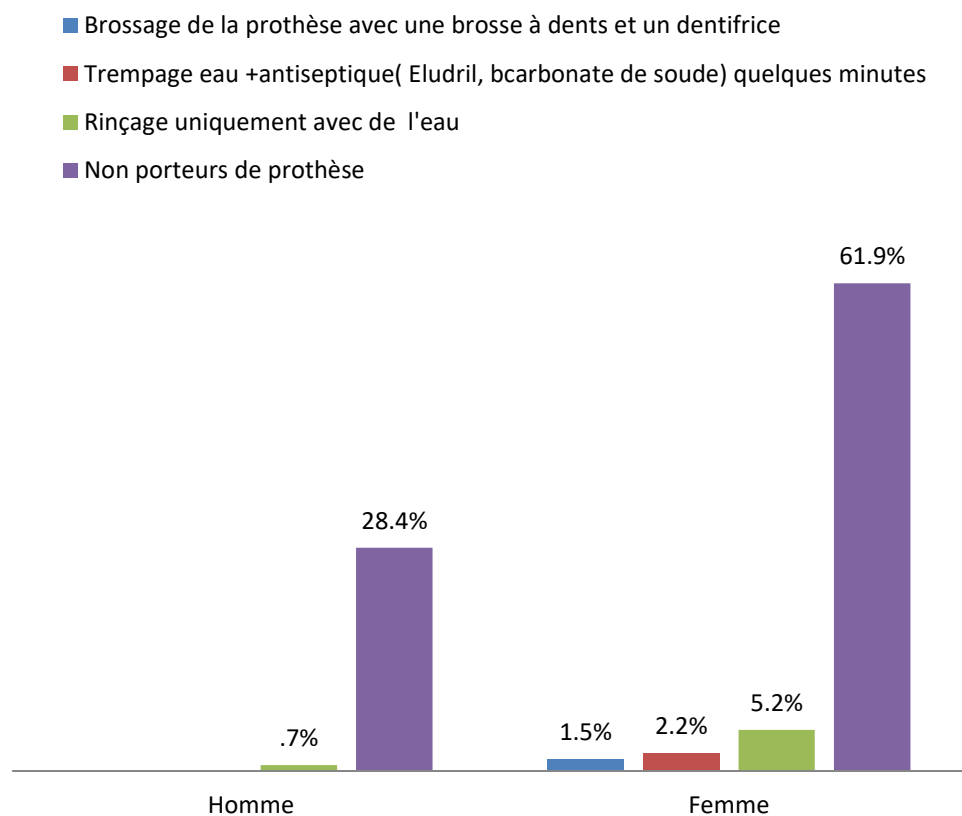


Figure N°99 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et le sexe.

La corrélation entre le sexe et l'entretien des prothèses n'a pas été mise en évidence.

Statistiquement la relation était insignifiante, le test du X^2 le confirme ($p=0,330$), (Figure N°99).

1.1.82 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ÂGE :

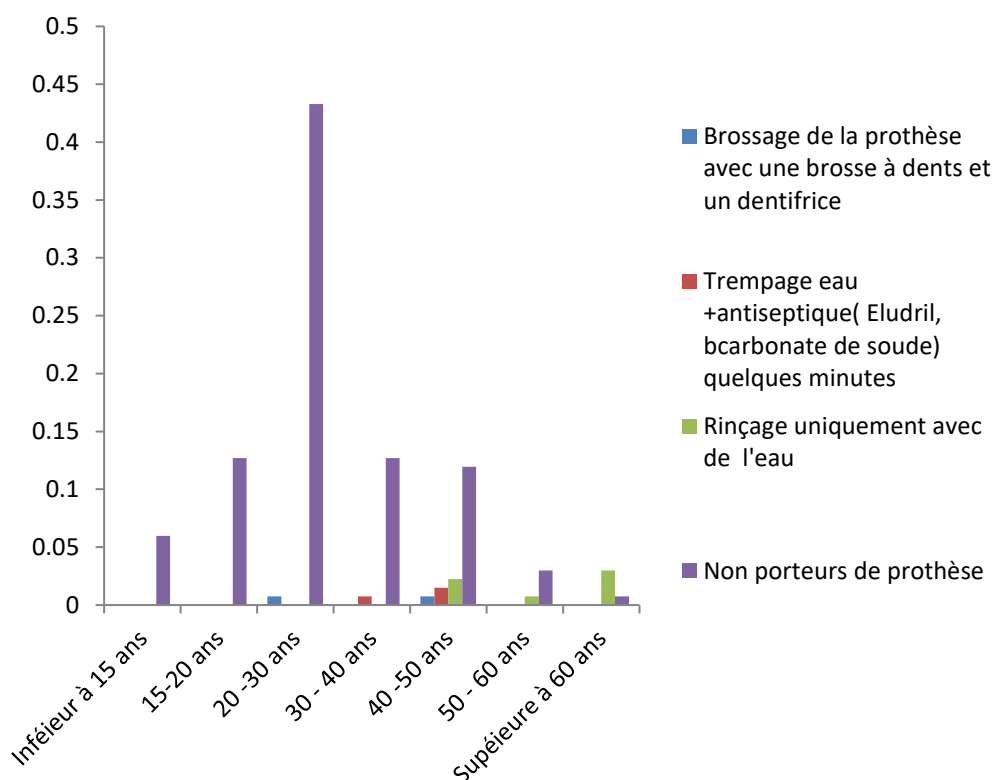


Figure N°100 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'âge.

L'âge semblait impacter le nettoyage des prothèses, puisque le nettoyage de ces dernières par brossage était plus observé chez les tranches d'âge de 20-30 ans et 40-50 ans, et carrément absent chez les tranches les plus avancées à savoir 50-60 ans et 60 ans et plus. Statistiquement la relation était très significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,000$), (Figure N°100).

Partie pratique

1.1.83 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ADRESSE :

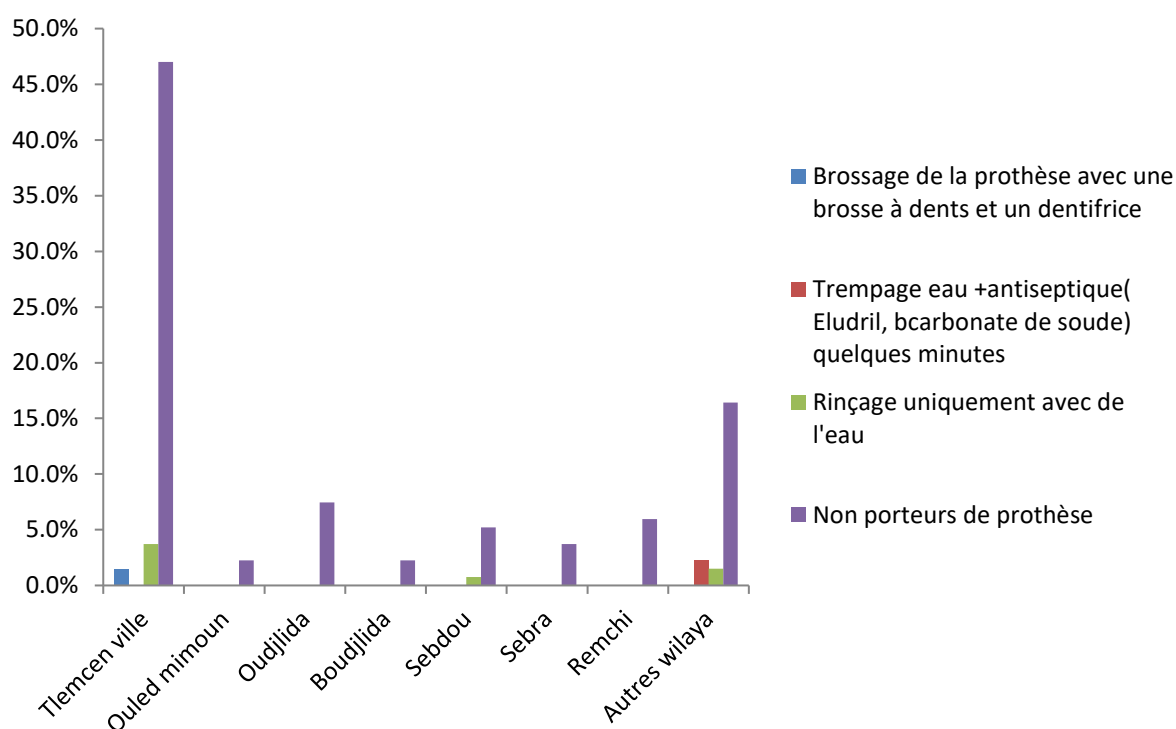


Figure N°101 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'adresse.

La corrélation entre l'adresse et l'entretien des prothèses n'a pas été mise en évidence. Le test du X^2 confirme l'insignifiance de la relation ($p=0,722$), (Figure N°101).

1.1.84 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'IPSE :

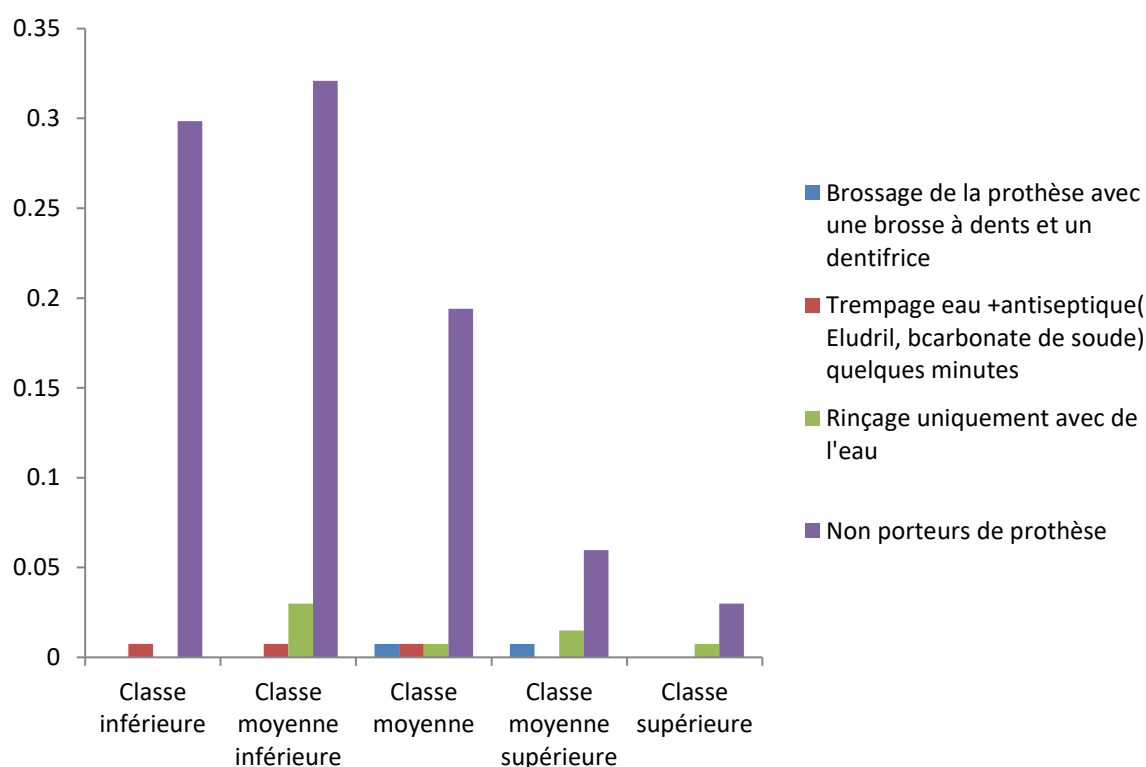


Figure N°102 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'IPSE.

La corrélation entre l'indice de position socio-économique et l'entretien des prothèses n'a pas été mise en évidence. Statistiquement, le test du X^2 confirme l'insignifiance de la relation ($p=0,228$), (Figure N°102).

1.1.85 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET L'ÉTAT GÉNÉRAL :

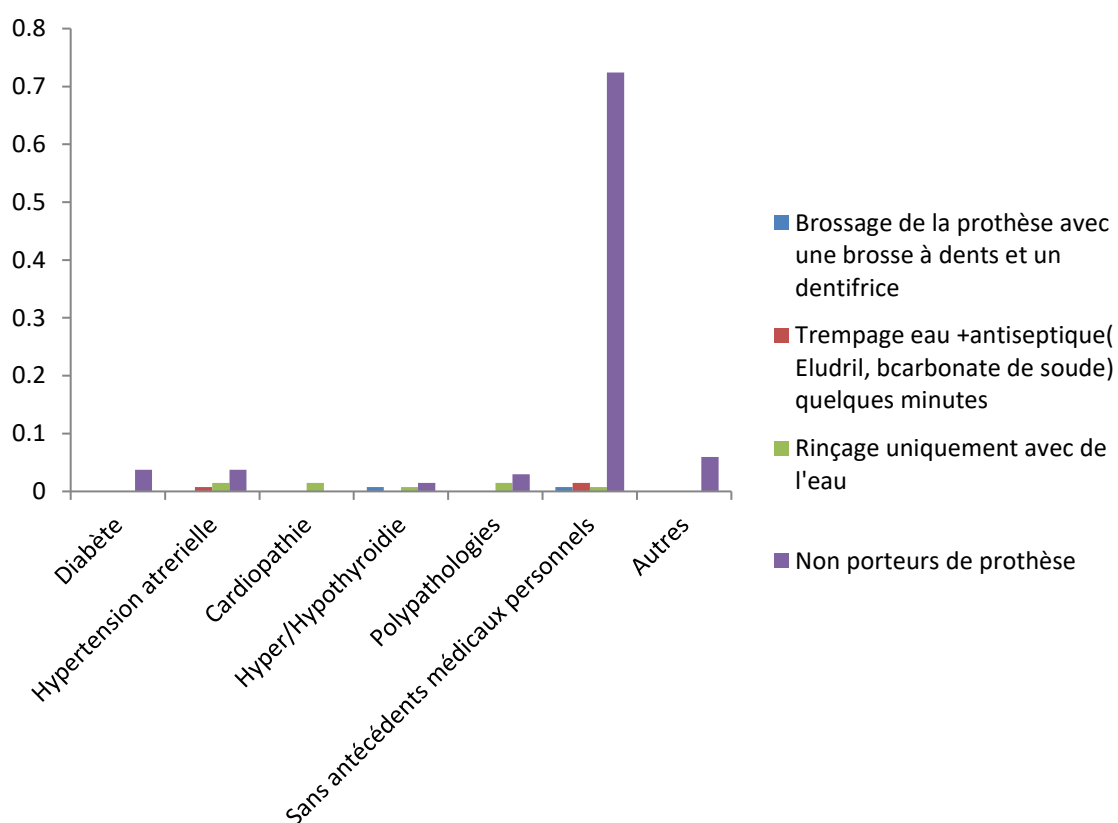


Figure N°103 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et l'état général.

Par contre, la corrélation entre l'état général et l'entretien des prothèses a été mise en évidence. Statistiquement, la relation était très significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,000$), (Figure N°103).

1.1.86 LA RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ENTRETIEN DES PROTHÈSES ET LA FRÉQUENCE DE VISITE CHEZ LE MÉDECIN DENTISTE :

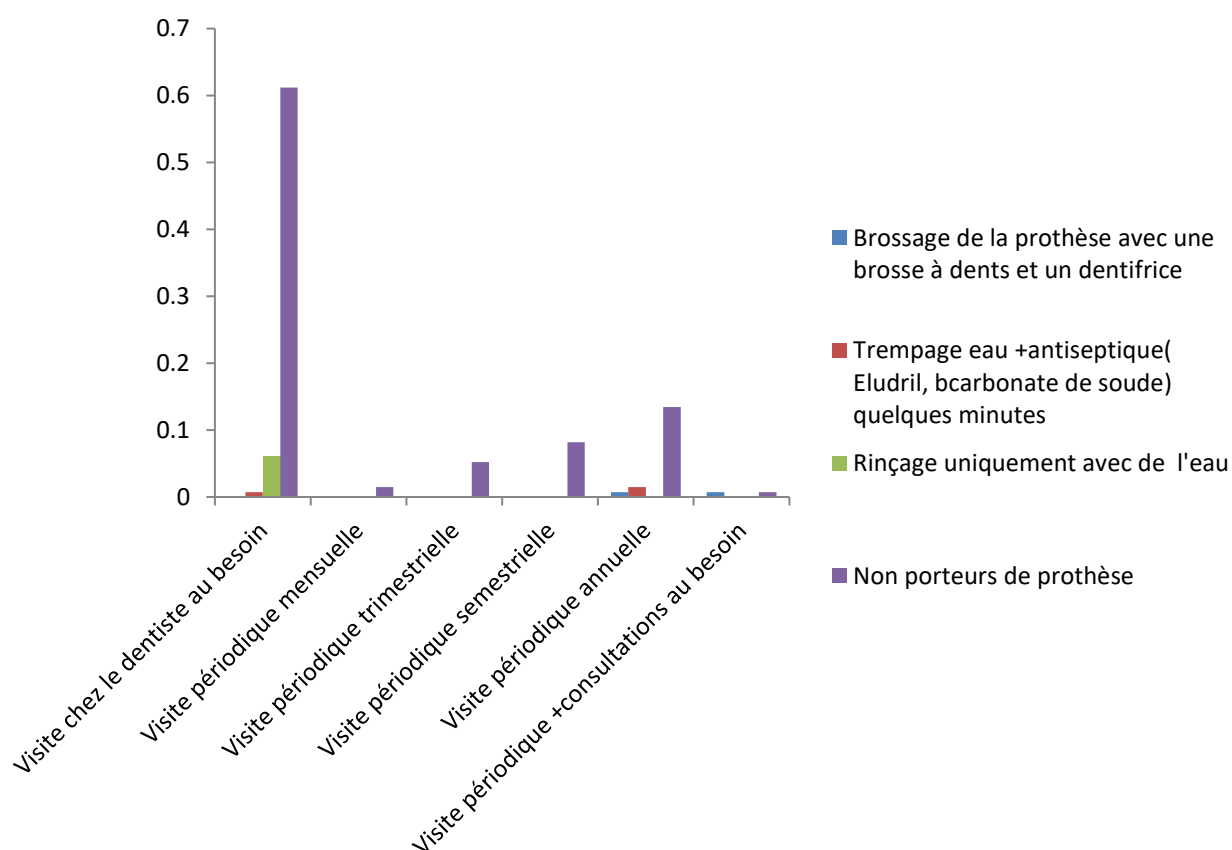


Figure N°104 : La répartition des patients selon l'entretien des prothèses et la fréquence de visite chez le médecin dentiste.

De même, la corrélation entre la fréquence de visite chez le médecin dentiste et l'entretien des prothèses a été mise en évidence. Statistiquement, la relation était aussi très significative, confirmée par le test du X_2 ($p=0,000$), (Figure N°104).

Discussion

DISCUSSION :

Notre étude s'est déroulée au service de Parodontologie du CHU-TLEMCEN, sur une durée de six mois permettant l'enrôlement de 134 patients, constituant notre échantillon.

1. LES LIMITES D'ÉTUDE :

Durant notre étude, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- Le manque d'information et de connaissances des patients concernant l'hygiène bucco-dentaire ;
- La contrainte de remplir les questionnaires pour les patients handicapés, ou ceux pris en charge sans dossiers ;
- Les réponses imprécises voire ambiguës des patients par rapport à leur hygiène bucco-dentaire et leur comportement quotidien.

2. DISCUSSION :

Dans notre échantillon, le sexe féminin était le plus représenté à 71%, avec un sex ratio de 0,40. Globalement les femmes apparaissent plus soucieuses de leur santé bucco-dentaire ainsi que de leur image et donc « esthétique » par rapport aux hommes.

La prédominance féminine a été rapportée aussi dans d'autres études, notamment l'étude menée par **Richecoeur- France-2016** (136), où La population interrogée était majoritairement féminine (57,14%), et celle de **Sawaii et al-India-2019** (137), **Alzammam N et al-Jordanie-2019** (138), **Soofi et al-Iran-2020** (139) et même **El-Idrissi et al-Maroc-2019** (140), où les femmes représentaient 60,45%, 62,8%, 55,4% et 64,7% respectivement. A l'opposé de l'étude de **Diawara et al-Mali-2018** (141) et l'étude de **Kane et al-Mali-2018** (142), où le sexe masculin était prédominant (57,7%), (52%) respectivement. Pour celle de **Chaker- Algérie-2013** (143), le sex ratio filles/garçons était presque égal à 1 (autant de filles que de garçons). Alors que l'étude de **Al-Qahtani -Arabie Saoudite-2020** (144) ils n'ont étudié que le sexe masculin.

La population comprenait des patients âgés de 10 ans jusqu'à 72 ans et dont l'âge moyen était de $30,18 \pm 1,14$ ans avec un écart-type de 13,21, caractérisant une population relativement jeune. Presque la moitié de la population d'étude (44%) s'inscrivait dans la tranche d'âge de [20-30] ans, ceci rejoint le premier argument quant aux soucis des jeunes patients en ce qui

Partie pratique

concerne leur santé bucco-dentaire, et de leur esthétique, mais aussi de leur disponibilité et possibilité d'accès aux soins sans trop de contraintes, observées généralement chez les tranches d'âge les plus avancées. Nos résultats sont proches de ceux décrits par l'étude menée par **Alzammam et al** (138), où la tranche d'âge concernée était de 18-30ans, même pour l'étude de **Kane et al** (142), où la tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 30 ans avec 53,25% et la moyenne d'âge était de 30 ans, et celle de **El-Idrissi et al** (140), où la moyenne d'âge 20,19 ans, ainsi que celle de **Richecoeur** (136), où l'âge des patients variait entre 16 et 79 ans, contrairement à l'étude de **Boudjlel et al-Sétif-Algérie-2018** (145), **Al-Qahtani** (144), **Sawaii et al** (137) et **Diawara et al** (141), où ils ont étudié une population plus jeune 6-12 ans, 12-16 ans, 11-15 ans (55,22%) et 8-12 ans (52%) respectivement, et à l'opposé de l'étude de **Soofi et al** (139), où ils ont étudié les comportements d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes d'âge moyen et des personnes âgées où la tranche d'âge la plus présente était de 35-44 ans (35,6%).

La prévalence élevée des patients demeurant à Tlemcen ville (52,2%) s'explique par l'accès facile à la clinique dentaire par rapport aux patients habitants les environs où l'accès est plus difficile. Nos résultats se conforment à ceux de l'étude réalisée par **Alzammam et al** (138), où 65% des patients étaient résidants des zones urbaines.

La classe moyenne inférieure était la plus représentée à 35,8%, ceci peut s'expliquer par la gratuité des soins prodigués par notre service, tout à fait compatibles avec les moyens financiers des patients en question. L'étude de **Chaker** (143) a pu révéler que 53,5% des enfants de la population globale étudiée étaient issus d'un milieu social moyen.

L'esthétique était le motif de consultation le plus apparent à 29,9%. Ceci confirme l'engouement que connaît cet aspect chez nos patients de plus en plus demandeurs.

Les non-fumeurs représentaient 88% de nos patients, ceci pourrait s'expliquer probablement par la prédominance du sexe féminin dans notre échantillon. Nos résultats se conforment avec ceux rapportés par l'étude de **Richecoeur** (136), où la majorité des patients (67,14%) était non-fumeur, ainsi que ceux de l'étude de **El-Idrissi et al** (140), où seulement 2,7% de la population étudiée était consommateurs de cigarettes.

Les extractions dentaires à cause de la carie représentaient les antécédents stomatologiques les plus évoqués à 36,6%. Le manque de sensibilisation et de motivation aux soins conservateurs,

Partie pratique

la contrainte de la prise en charge au secteur étatique, le coût élevé de la prise en charge au secteur privé, autant d'éléments pouvant apporter une réponse à ce résultat.

Les patients qui ont affirmé se rendre chez le médecin dentiste seulement au besoin représentaient 67,9% des cas. Nos résultats sont proches de ceux décrits dans l'étude menée par **Al-Qahtani** (144), où la plupart d'entre eux (69,6%) avaient consulté un dentiste en raison de la douleur, et l'étude de **Boudjlel et al** (145), où 87% des élèves ne consultaient le dentiste que dans les cas d'urgence, et l'étude menée par **El-Idrissi et al** (140), où 67,3% consultaient au besoin, ceci pourrait être dû à la négligence des patients des consultations préventives et de contrôle, à la phobie et la peur exagérée du médecin dentiste, liée souvent à une mauvaise expérience vécue dans l'enfance ou encore une mauvaise prise en charge.

La grande majorité de nos patients (97%) affirmait se brosser les dents, contre uniquement 3% qui ne le faisaient pas. Nos résultats sont similaires à ceux des autres études : **Alzammam et al** (138) (94,9%), **Al-Qahtani** (144) (82,3%), **Diawara et al** (141) (98%), **Kane et al** (142) (79%) et Celle de **Chaker** (143) (66 %). Cela pourrait indiquer une amélioration dans l'adoption d'un comportement adéquat afin d'éviter les maladies bucco-dentaires.

Le brossage des dents à une fréquence de deux fois par jour a été évoqué par 47,8% des sujets de l'étude, le matin et le soir. Nos résultats se superposent à ceux décrits par les autres études : **Kane et al** (142) (45,8%), **Soofi et al** (139) (64,6%), **Chaker** (143) (42,2%), **Richecoeur** (136) (47,62%), **Sawaii et al** (137) (45,52%), **El-Idrissi et al** (140) (44,7%). Contrairement à l'étude de **Boudjlel et al** (145) et celle de **Diawara et al** (141) où la majorité le faisait une fois par jour (38%), (60%) respectivement. Cela pourrait être due aux différences d'âge entre notre étude et ces dernières où la population étudiée était plus jeune de 6-12 ans et de 8-12 ans respectivement.

Les patients se brossaient pendant une minute ou moins dans 41% des cas, et ce contrairement aux résultats rapportés par les autres études : **El-Idrissi et al** (140) (67,3%, supérieur ou égal à 2min), **Kane et al** (142) (60,66%, 3min), **Richecoeur** (136) (56,58%, 1-2min). Ceci met en évidence la défaillance de nos patients en matière de brossage.

À 65,7%, nos patients ont déclaré avoir un brossage irrégulier, ces résultats sont similaires à ceux de l'étude faite par **Al-Qahtani et al** (144) (66,9%) et **Chaker** (143) (parmi 66% des enfants qui se brossaient, 35,4% le faisaient de manière irrégulière), contrairement à l'étude

Partie pratique

faite par **Alzammam et al** (138) où ils ont trouvé un brossage régulier chez 87,2% des étudiants qui suivaient une formation médicale.

Le manque de temps était la raison la plus évoquée contrariant le brossage régulier à 52,2%, conformément à ce qui a été rapporté dans l'étude de **Richecoeur** (136) (65%).

Le tiers de nos patients (34,3%) changeait leurs brosses à dents tous les 6mois. Nos résultats diffèrent de ceux rapportés par **Richecoeur** (136) et **El-Idrissi et al** (140), affirmant que la majorité des participants le faisait tous les 3 mois respectivement à 55%, 64%, ou encore de **Kane et al** (142) où 45,9% de la population le faisaient tous les 2 mois.

La brosse à dents manuelle était le moyen d'hygiène le plus utilisé à (93,3%). Ce résultat se superpose à celui retrouvé dans l'étude de **Richecoeur** (136)(74,76%).

Parmi les participants à notre étude, 38,1% d'entre eux utilisaient des brosses à dents souples, contrairement à l'étude de **Sawai et al** (137), et celle de **El-Idrissi et al** (140), où la majorité (65,71%, 71,3%) avait recours aux brosses à dents médium.

La méthode de brossage verticale était la plus adoptée par nos patients (38,8%), contrairement aux autres études où d'autres méthodes prévalaient, la méthode horizontale pour l'étude de **Kane et al** (142), **Sawai et al** (137), respectivement à 78,68%, 75,37% et la méthode du Rouleau dans l'étude de **El-Idrissi et al** (140) à 33%.

Le recours aux pâtes dentifrices a été rapporté par 86% de notre échantillon. Nos résultats sont similaires à ceux décrits par **Sawai et al** (137) et **Chaker** (143).

En plus de ces moyens, 16% de nos patients ont déclaré recourir à des préparations à base de bicarbonate de soude, de jus de citron, ou encore de peaux de banane. Nos résultats sont différents de ceux rapportés par **Assimi et al-Maroc-2016** (146), en faveur plutôt du siwak (écorce de noyer), utilisé chez 27% des mamans. Ceci pourrait s'expliquer sans doute par les croyances culturelles différentes d'une population à une autre.

L'utilisation des adjuvants du brossage qu'ils soient mécaniques, ou chimiques à base d'antiseptiques a été constatée respectivement chez 20,9%, 48,5% de notre population. Nos résultats se rapprochent de ceux décrits par **Soofi et al** (139), **Asgari et al-Iran-2015** (147), **Deng et al-Chine-2020** (148) et **Al-Qahtani et al** (144), où la prévalence de l'utilisation du fil dentaire était seulement de 15,9%, 16,8%, 8,8%, 22% respectivement. Par contre, nos

Partie pratique

résultats s'opposent à ceux de **Sawaii et al** (137) et **El-Idrissi et al** (140), où l'utilisation des adjuvants du brossage a été retrouvée respectivement à 48,5%, 27,2%.

Les patients jugeaient leur brossage inefficace dans 43,3%, dû selon eux à une méthode de brossage erronée et une irrégularité du brossage. Nos résultats diffèrent de ceux rapportés par **El-Idrissi et al** (140) où seulement 5,3% des étudiants estimaient que leur HBD était mauvaise.

Le brossage de la langue n'a été retrouvé que chez 13% de notre échantillon, conformément à l'étude de **Murali Srinivasan-Suisse-2019** (149), qui affirmait la pratique du brossage lingual seulement chez 4% de l'échantillon.

Concernant la pratique du nettoyage des prothèses, ce dernier n'a été révélé que chez 2,2% de nos patients.

Quant à l'implication des parents dans la sensibilisation de leurs enfants à l'hygiène bucco-dentaire, 10% ont avoué leur défaillance dans la matière. La préférence que cette dernière soit assurée par le médecin dentiste a été évoqué par 17,9% de nos participants.

La moitié de notre population avait un PI de (1-2) conformément à l'étude de **Boudjlel et al** (145), où 43% de la population avaient un indice de plaque de 2, ainsi que l'étude de **El-Idrissi et al** (140), où 51,3% présentaient PI entre (1-1,42), un GI de (1-2) chez 62,7%, ceci peut être expliqué par la mauvaise hygiène orale, responsable de l'accumulation du biofilm bactérien, principal facteur étiologique de la maladie parodontale.

Les poches parodontales de 5 à 6 mm étaient les plus retrouvées (31,3%), avec une perte d'attache supérieure ou égale à 5mm chez 47,8%, s'expliquant par le PI et le GI élevés.

Dans le cadre de notre étude un CAOD moyen de 11,93 +/- 0,48 a été noté, contrairement à une étude précédente de **Boudjlel et al** (145) où le CAOD était de 2,89, ainsi que l'étude de **El-Idrissi et al** (140), avec un CAOD moyen de 6,23 +/-2,14, ceci affirme le niveau d'atteinte carieuse élevé chez la population étudiée.

Pour le diagnostic, la parodontite chronique modérée généralisée était la forme de parodontites la plus apparente (17,2%).

Partie pratique

Les résultats de notre étude ont pu indiquer que le sexe était significativement associé à la fréquence du brossage ($p=0,005$). Cette constatation est similaire à celle de **Richecoeur** (136), où les femmes se brossaient les dents plus fréquemment que les hommes ($p < 0,001$), même à celle de **Catteau et al-France-2013** (150), également l'étude de **Deng et al** (148), déclarant qu'il y avait des différences entre les sexes en ce qui concerne les habitudes du brossage.

Notre étude indique également la présence d'un lien entre le niveau socio-économique et la fréquence du brossage ($p=0,039$), conformément à l'étude de **Catteau et al** (150), confirmant que les individus ayant un niveau socio-économique le plus élevé sont plus motivés aux règles d'hygiène buccodentaire.

Cependant la fréquence du brossage ne semblait pas être influencer par l'âge, l'adresse, l'état général ni la fréquence de visite chez le médecin dentiste ($p=0,528$; $p=0,314$; $p=0,76$; $p=0,677$ respectivement), nos résultats sont similaires à ceux de **Assimi et al** (146), où une différence statistiquement non significative a été constatée entre les mères et leurs enfants en ce qui concerne la fréquence de brossage et ceux de **Richecoeur** (136), où aucun lien statistiquement significatif n'a été observé entre la fréquence de brossage et l'âge des patients.

L'ensemble des paramètres (sexe, l'âge, l'adresse, l'IPSE, l'état général et la fréquence de visite chez le médecin dentiste) étaient totalement indépendants à la durée du brossage ($p=0,09$; $p=0,316$; $p=0,718$; $p=0,410$; $p=0,963$; $p=0,282$ respectivement), et ce conformément à l'étude de **Richecoeur** (136), où aucun lien statistiquement significatif n'a été démontré entre le temps du brossage des dents et le sexe des patients.

En outre le sexe, l'adresse, l'état général, la fréquence de visite chez le médecin dentiste, l'indice de plaque ainsi que l'indice gingivale n'avaient aucune influence sur la méthode du brossage. Statistiquement la relation était insignifiante ($p=0,299$; $p=0,98$; $p=0,826$; $p=0,878$; $p=0,285$; $p=0,332$ respectivement). A l'opposé des autres paramètres, l'âge et la position socio-économique semblaient influencer la méthode du brossage ($p=0,039$, pour chaque paramètre).

Dans la présente étude la corrélation entre sexe, l'âge, l'adresse, l'état général et l'utilisation des adjuvants du brossage n'a pas été mise en évidence ($p=0,062$; $p=0,607$; $p=0,96$; $p=0,97$ respectivement), par contre l'étude de **Richecoeur** (136), confirmait que l'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire était statistiquement corrélée avec le sexe et l'âge. L'étude

Partie pratique

de **Soofi et al** (139) a aussi montré une corrélation entre l'utilisation des adjuvants et l'adresse/région.

La position socio-économique et la fréquence de visite chez le médecin dentiste étaient significativement associées à l'utilisation des adjuvants du brossage ($p=0,004$; $p=0,001$ respectivement), où les personnes de niveau socio-économique inférieur ne connaissaient probablement pas les différents produits d'hygiène bucco-dentaire ou ne pouvaient se permettre de les octroyer, ceci coïncide avec les résultats de l'étude de **Verlinden et al- Pays Bas-2019** (151) et celle de **Soofi et al** (139) où ils ont remarqué une concentration des comportements d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes de statut socioéconomique élevé (brossage + adjuvants).

Le brossage lingual était influencé que par l'âge ($p=0,017$), où la tranche d'âge jeune était la plus concernée. Aucune corrélation avec les autres paramètres n'a été mise en évidence ($p=0,548$; $p=0,618$; $p=0,207$; $p=0,560$; $p=0,292$).

Pour notre échantillon étudié l'âge, l'état général et la fréquence de visite chez le médecin dentiste étaient statistiquement corrélés à l'entretien des prothèses ($p=0$, pour chaque paramètre).

Les résultats de la présente étude mettent aussi en évidence la défaillance des connaissances de nos patients en matière de santé buccodentaire.

Cas cliniques

1. DESCRIPTION DES CAS CLINIQUES :

1.1 CAS CLINIQUE N°01 :

- Il s'agit de la patiente A.N âgée de 17 ans, qui demeure à Tlemcen ville, étudiante, elle s'est présentée à notre service de parodontologie CHU-Tlemcen pour un motif esthétique ;
- La patiente avait un brossage régulier deux fois par jour, matin et soir pendant 2 à 3 minutes ;
- Elle semblait être consciente de l'importance du brossage dentaire, pour conserver ses dents ;
- Afin de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, notre patiente se contente de l'utilisation d'une brosse à dents manuelle mi-dure, qu'elle change chaque six mois, et elle ne déclare aucune utilisation des adjuvants de brossage ;
- Elle se brossait avec une méthode circulaire, qu'elle a appris par sa mère, mais négligeait carrément le nettoyage lingual ;
- Elle ne se rendait visite chez le médecin dentiste sauf en cas de besoin ;
- On a noté une hygiène moyenne avec un PI moyen de $0,8 \pm 0,06$, une inflammation gingivale un GI moyen de $0,5 \pm 0,05$;
- Examen de sondage : a révélé de fausses poches d'une moyenne de $2 \pm 0,08$ mm ;
- À l'examen dentaire : on a noté un CAOD de 2 ;

Diagnostic positif : Gingivite induite par la plaque avec facteurs locaux favorisants ;

Diagnostic étiologique :

- Facteur local déclenchant : le biofilm bactérien ;
- Facteurs locaux favorisants : malpositions dentaires, tartre, insertion pathologique du frein.



Figure N°105 : Aspect clinique de la patiente A.N avant traitement.

Plan de traitement : le plan de traitement suivant a été entrepris :

- La thérapeutique initiale :

- La motivation à l'hygiène bucco-dentaire ; en expliquant en premier lieu l'état de la santé bucco-dentaire et en soulignant l'importance de l'hygiène buccale et son impact sur la santé générale avec les conséquences de son absence. L'explication a été illustré par des photos, des schémas et des vidéos afin de s'assurer de l'assimilation de la patiente ;
- L'enseignement de la méthode de brossage « méthode de Charters » a aussi été transmis « verbalement puis renforcé par une démonstration sur modèle pédagogique », en insistant sur la fréquence de trois fois par jour et une durée de 3min ;
- L'enseignement de l'utilisation des adjuvants du brossage (brossettes inter dentaires) ;
- Détartrage, suivi d'un polissage ;
- Orientation vers le service d'OCE ;



Figure N°106 : Aspect clinique de la patiente A.N après traitement.

- Réévaluation : Après quatre semaines :

Lors de la réévaluation, une régression de tous les indices a été observée : (PI=0), (GI= 0) ;

La patiente a été ensuite programmée pour la freinectomie labiale.

Cas cliniques

1.2 CAS CLINIQUE N°02 :

- Il s'agit de la patiente B.R, âgée de 29 ans, demeurant à Tlemcen ville, femme au foyer, elle s'est présentée à notre service de parodontologie CHU-Tlemcen à cause du saignement ;
- Elle déclarait un brossage une fois par jour, effectué le soir, réalisé à l'aide d'une brosse à dents manuelle mi-dure, qu'elle la change chaque deux à trois mois ;
- La patiente justifiait son brossage irrégulier par l'habitude, comme elle négligeait le nettoyage de la langue et n'utilisait jamais les adjuvants ;
- La patiente a décrit sa méthode de brossage comme une alternation de mouvements verticaux et horizontaux qu'elle a appris en imitant ses parents ;
- Notre patiente comme tous les patients qui ont peur du médecin dentiste ne consultait qu'au besoin ;
- L'examen endo-buccal : a révélé une hygiène bucco-dentaire mauvaise PI moyen de $2 \pm 0,06$, une inflammation gingivale modérée avec GI moyen de $1,8 \pm 0,05$;
- À l'examen dentaire on a noté également un CAOD de 4 ;
- Examen de sondage : a révélé la présence de vraies poches localisées avec une moyenne de profondeur de poche de $4 \pm 0,08$ mm et de $2,5 \pm 0,19$ mm de perte d'attache ;
- **Diagnostic positif** : Parodontite chronique modérée localisée ;
- **Diagnostic étiologique** :
- Facteur local déclenchant : le biofilm bactérien ;
- Facteurs locaux favorisants : le tartre, les caries.



Figure N°107 : Aspect clinique de la patiente B.R avant traitement.

- Plan de traitement :

- La thérapeutique initiale :

- La motivation à l'hygiène bucco-dentaire ; en montrant à la patiente sa situation clinique actuelle, indiquant les zones nécessitant spécialement son attention et en expliquant les conséquences de la négligence d'une hygiène bucco-dentaire quotidienne et rigoureuse. L'explication a été illustré par des photos, des schémas et des vidéos afin de s'assurer de l'assimilation de la patiente ;
- L'enseignement de la méthode de brossage « méthode de Bass modifiée » a aussi été transmis « verbalement puis renforcé par une démonstration sur modèle pédagogique », en insistant sur la fréquence de trois fois par jour et une durée de 3min ;
- L'enseignement de l'utilisation des adjuvants du brossage (fil dentaire) ;
- Détartrage, surfaçage suivi d'un polissage ;
- Orientation vers le service d'OCE ;



Figure N°108 : Aspect clinique de la patiente B.R après traitement.

-Réévaluation :

Lors de la réévaluation, une régression des indices d'inflammation et de plaque : (PI=1), (GI= 1) ;

-Ensuite la patiente a été programmé pour un curetage parodontal...

Conclusion et Recommandations

Conclusion et Recommandations

Conclusion et recommandations

L'hygiène bucco-dentaire est capitale pour garder une meilleure santé bucco-dentaire, celle-ci étant essentielle pour prévenir les pathologies parodontales et carieuses, pour le bon déroulement des diverses fonctions orales, mais aussi elle influence directement ou indirectement notre état de santé général, par conséquent notre qualité de vie sociale et professionnelle.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut, laisser courir des complications désastreuses locales, locorégionales et peut même accroître les risques sur la santé générale.

Le manque de connaissances de la pratique des mesures d'hygiène et des comportements préventifs, le coût élevé de quelques produits nécessaires à maintenir une bonne hygiène pour certaines tranches de la population, ainsi que le manque de la sensibilisation sur le sujet s'avèrent des causes principales de la détérioration de la santé bucco-dentaire.

À travers notre étude, pionnière au sein du service de parodontologie CHU-Tlemcen, il en ressort que la majorité de la population étudiée était médiocrement consciente, en outre la pratique des mesures préventives et des compléments de brossage chimiques et mécaniques n'était pas optimale et seulement une minorité se concentrait sur l'hygiène quotidienne de la langue.

Notre étude nous a accordé que le statut socio-économique contribuait à l'inégalité en faveur des comportements d'hygiène buccale préventive.

Les parents signalaient une attention particulière en matière de sensibilisation d'hygiène à l'égard de leurs enfants, mais la majorité ont souligné quand même le rôle évident du médecin dentiste pour inciter les personnes à prendre soin de leur cavité buccale, puisque le patient tend généralement à suivre les recommandations de son médecin dentiste.

Des données épidémiologiques plus fines à travers d'autres études, permettant de mettre en évidence les inégalités sociodémographiques en matière d'hygiène bucco-dentaire seraient également nécessaires, afin d'estimer les populations cibles des programmes de sensibilisation, indispensables à la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.

Conclusion et Recommandations

Face à ce constat, nous tenons à transmettre certaines recommandations :

Il paraît tout à fait cohérent de proposer des interventions de prévention, en effet la revue de la littérature démontre que la maladie carieuse, ainsi que les parodontopathies considérés épidémiologiquement les plus fréquentes, sont des pathologies accessibles à la prévention.

Le développement d'une stratégie locale pour stratifier des séances éducatives de prévention pertinentes, en fonction des niveaux de risque ainsi qu'aux situations particulières (handicap, grossesse...).

Il semble approprié de s'intéresser à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire dès la petite enfance pour plusieurs raisons. À cet égard il faut évaluer la santé bucco-dentaire, les habitudes alimentaires, et aider à les corriger afin d'instaurer des habitudes saines en évitant par conséquent les différentes pathologies bucco-dentaires, particulièrement les parodontopathies.

D'ailleurs, il faut encourager des consultations préventives, durant lesquelles on peut motiver les patients pour éliminer efficacement et rigoureusement le biofilm bactérien, en utilisant les révélateurs de plaque, proposer une bonne hygiène alimentaire régulière et équilibrée, et surtout donner des conseils d'hygiène bucco-dentaire personnalisés, en matière de brossage ou d'utilisation de ses adjuvants.

D'un autre côté il faut diversifier les moyens de sensibilisation, à travers les médias, avec des séquences vidéos ou des diapositives, la radio, la télévision, et internet ou alors mener des campagnes de sensibilisation à l'école, ou bien des journées portes ouvertes à travers lesquelles des démonstrations seront faites visant une meilleure compréhension et une simplification des informations transmises, ainsi que la distribution de dépliants contenant les explications nécessaires sur l'hygiène bucco-dentaire en langue arabe et française.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Public Health Dent.* 2017;77(1):3-5.
2. Sylvie Azogui-Lévy Marie-Laure Boy-Lefèvre. la santé bucco-dentaire en france. Juin 2005 [Internet]. juin 2005; Disponible sur: file:///C:/Users/M/Documents/ad510408.pdf
3. Deroux E. [Complications of dental infections]. *Rev Med Brux.* sept 2001;22(4):A289-295.
4. Mouton C, Robert J-C, Sixou J-L, Trahan L. *Bactériologie bucco-dentaire.* Paris; Milan; Barcelone: Masson; 1994.
5. Heitz-Mayfield LJA. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2005;32 Suppl 6:196-209.
6. Nazir MA, Izhar F, Akhtar K, Almas K. Dentists' awareness about the link between oral and systemic health. *J Fam Community Med.* 9 janv 2019;26(3):206.
7. Chaker PG. Membres du bureau de coordination de l'enquête. :260.
8. Chałas R, Wójcik-Chęcińska I, Woźniak MJ, Grzonka J, Świąszkowski W, Kurzydłowski KJ. [Dental plaque as a biofilm - a risk in oral cavity and methods to prevent]. *Postepy Hig Med Doswiadczalnej Online.* 13 oct 2015;69:1140-8.
9. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol.* 1978;5(2):133-51.
10. Xu X, He J, Xue J, Wang Y, Li K, Zhang K, et al. Oral cavity contains distinct niches with dynamic microbial communities: Oral microbiome differs by age and location. *Environ Microbiol.* mars 2015;17(3):699-710.
11. Samaranayake L, Matsubara VH. Normal Oral Flora and the Oral Ecosystem. *Dent Clin North Am.* avr 2017;61(2):199-215.
12. Georges D. *Pathologies générales et salive.* :274.
13. Lacoste-Ferré M-H, Hermabessière S, Jézéquel F, Rolland Y. Oral ecosystem in elderly people. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2013;11(2):144-50.
14. Chardin H. *Microbiologie en odonto-stomatologie.* Paris: Maloine; 2006.
15. amelioration de l'hygiene buccodentaire par le conseil en officine.pdf.
16. Zakaria Haroun. Milieu buccal-soumia [Internet]. 14:35:13 UTC [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.slideshare.net/multidiscipline1/milieu-buccalsoumia>
17. Goldberg M. Histologie de la muqueuse buccale. Datatraitess122-52191 [Internet]. 1 mai 2015 [cité 15 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/973289>

Références bibliographiques

18. Dupuis V, Léonard A. Odontologie du sujet âgé Spécificités et précautions [Internet]. Issy-les-Moulineaux [France: Elsevier Masson; 2010 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10538476>
19. Dupont M. Recueillir, conserver et utiliser des échantillons biologiques humains à l'hôpital. Rueil-Malmaison; Paris: Doin : Lamarre ; Assistance publique-Hôpitaux de Paris; 2008.
20. Torabinejad M, Walton RE, Fouad AF. Endodontics: principles and practice [Internet]. 2015 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.com#!/browse/book/3-s2.0-C20110051827>
21. Bercy P, Tenenbaum H. Parodontologie: du diagnostic à la pratique. Bruxelles: De Boeck; 1997.
22. Vigouroux F, Da Costa-Noble R, Verdalle P-M, Colomb R. Guide pratique de chirurgie parodontale [Internet]. Issy-les-Moulineaux [France: Elsevier Masson; 2011 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10540210>
23. NDYAE M. la parodontie en omnipratique [Internet]. 2002 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <file:///C:/Users/M/Downloads/Documents/NDIAYEMouhamadou.pdf>
24. Bouchard P, Brochery B, Feghali M, Jaumet V, Kerner S, Korngold S, et al. Parodontologie & dentisterie implantaire. Volume 1, Volume 1., 2015.
25. Marsh PD, Martin MV, Lewis MAO, Williams D. Oral Microbiology E-Book. 2009.
26. Kaqueler JC. Anatomie pathologique bucco-dentaire. Paris: Masson; 1998.
27. Shuler CF. Inherited risks for susceptibility to dental caries. J Dent Educ. oct 2001;65(10):1038-45.
28. Bernabé E, Sheiham A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. Int Dent J. oct 2014;64(5):241-5.
29. Walter BS, DeWitte SN, Redfern RC. Sex differentials in caries frequencies in Medieval London. Arch Oral Biol. mars 2016;63:32-9.
30. García-Godoy F, Hicks MJ. Maintaining the integrity of the enamel surface: the role of dental biofilm, saliva and preventive agents in enamel demineralization and remineralization. J Am Dent Assoc 1939. mai 2008;139 Suppl:25S-34S.
31. Piette E, Goldberg M. La dent normale et pathologique. De Boeck; 2001.
32. Roquier-Charles D, Seiller M. Hygiène et soins buccodentaires: prévention et traitements des affections courantes. Paris: Pharmathèmes édition-communication santé; 2005.
33. E N. Problems in caries diagnosis. Int Dent J. 1 avr 1993;43(2):133-42.
34. Galagan DJ, Vermillion J. Diagnosis of Caries By Radiographic Interpretation. J Dent Res. 1 févr 1956;35(1):33-8.

Références bibliographiques

35. Maria DF. (Actual concepts of cavity preparation). :22.
36. Item 256 : Lésions dentaires et gingivales. :22.
37. Duyninh T, Jame O, Bousquet P, Gibert P, Orti V. Classification des maladies parodontales. EMC - Odontol. mars 2005;1(1):58-66.
38. Houle MA, Grenier D. Maladies parodontales : connaissances actuelles. Médecine Mal Infect. juill 2003;33(7):331-40.
39. Rose LF, ... [et al.]. Periodontics: medicine, surgery, and implants. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004.
40. Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Orti V, Gibert P. Examen clinique des parodontites. EMC - Odontol. juin 2005;1(2):181-91.
41. Lamont RJ, Jenkinson HF. Oral microbiology at a glance. Chichester, West Sussex, U.K. ; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell; 2010. 85 p. (At a glance series).
42. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL. Microbial complexes in subgingival plaque. J Clin Periodontol. févr 1998;25(2):134-44.
43. Duran-Pinedo AE, Chen T, Teles R, Starr JR, Wang X, Krishnan K, et al. Community-wide transcriptome of the oral microbiome in subjects with and without periodontitis. ISME J. août 2014;8(8):1659-72.
44. Bouchard P, Frémont M, Sanz M. Parodontologie & dentisterie implantaire. Volume 1, Volume 1., Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2014.
45. Charon J. Parodontie médicale: innovations cliniques. Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2010.
46. Kornman KS, Newman MG, Moore DJ, Singer RE. The influence of supragingival plaque control on clinical and microbial outcomes following the use of antibiotics for the treatment of periodontitis. J Periodontol. sept 1994;65(9):848-54.
47. Dufour T, Svoboda J-M. Pathogénie bactérienne des parodontolyses. EMC - Odontol. mars 2005;1(1):46-57.
48. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
49. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. J Clin Periodontol. juin 2018;45:S9-16.
50. Mauhourat S, Gay-Brevet K, Gorge D. Les critères de décision. Orthod Fr. mars 2011;82(1):39-57.
51. Anagnostou F, Jazouli LI, Cohen N, Azogui-Lévy S. Maladies parodontales et état de santé général. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2011;6(2):1-6.

Références bibliographiques

52. Desjeux G. PRATIQUE MÉDICO-MILITAIRE. :98.
53. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* mars 2017;44:S85-93.
54. Newton JT, Asimakopoulou K. Minimally invasive dentistry: Enhancing oral health related behaviour through behaviour change techniques. *Br Dent J.* août 2017;223(3):147-50.
55. Al-Darwish MS. Oral health knowledge, behaviour and practices among school children in Qatar. *Dent Res J.* 2016;13(4):342-53.
56. Zotti F, Dalessandri D, Salgarello S, Piancino M, Bonetti S, Visconti L, et al. Usefulness of an app in improving oral hygiene compliance in adolescent orthodontic patients. *Angle Orthod.* janv 2016;86(1):101-7.
57. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health [Internet].* 2 sept 2015 [cité 13 mars 2020];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556322/>
58. COLLETT BR, HUEBNER CE, SEMINARIO AL, WALLACE E, GRAY KE, SPELTZ ML. Observed child and parent toothbrushing behaviors and child oral health. *Int J Paediatr Dent.* mai 2016;26(3):184-92.
59. Sterling EW, Best-Boss A. *Your child's teeth: a complete guide for parents.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2013. 284 p.
60. Huebner C, Milgrom P. Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infants and young children. *Int J Dent Hyg.* févr 2015;13(1):65-73.
61. Alayadi H, Sabbah W, Bernabé E. Effectiveness of school dental screening on dental visits and untreated caries among primary schoolchildren: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials [Internet].* 13 avr 2018 [cité 13 mars 2020];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899334/>
62. Markeviciute G, Narbutaite J. Effectiveness of a Motivation and Practical Skills Development Methods on the Oral Hygiene of Orphans Children in Kaunas, Lithuania. *J Oral Maxillofac Res.* sept 2015;6(3):e2.
63. Haleem A, Khan MK, Sufia S, Chaudhry S, Siddiqui MI, Khan AA. The role of repetition and reinforcement in school-based oral health education-a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 4 janv 2016;16.
64. Freeman R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Br Dent J.* 1 oct 1999;187:307-12.

Références bibliographiques

65. Europe WHORO for. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d' un groupe de travail de l' OMS. 1998 [cité 2 mars 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>
66. Chapple ILC, Hill K. Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback. *Int Dent J*. 2008;58(S5):294-306.
67. Deinzer R, Micheelis W, Granrath N, Hoffmann T. More to learn about: periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour. *J Clin Periodontol*. sept 2009;36(9):756-64.
68. Muller-Bolla M, Courson F, Dridi S-M, Viargues P. L'odontologie préventive au quotidien maladies carieuse et parodontales, malocclusions. Paris; Berlin; Chicago ... [etc: Quintessence international; 2013.
69. Svoboda J-M, Dufour T. Prophylaxie des parodontopathies et hygiène buccodentaire. *EMC - Dent*. nov 2004;1(4):349-60.
70. Hayasaki H, Saitoh I, Nakakura-Ohshima K, Hanasaki M, Nogami Y, Nakajima T, et al. Tooth brushing for oral prophylaxis. *Jpn Dent Sci Rev*. août 2014;50(3):69-77.
71. Casamajor P. La prescription ciblée en odontologie. Reuil-Malmaison: Éditions CdP; 2009.
72. *Br Dent J*. The next generation electric toothbrush. *Br Dent J*. févr 2020;228(4):309-309.
73. Adam R. Introducing the Oral-B iO electric toothbrush: next generation oscillating-rotating technology. *Int Dent J* [Internet]. avr 2020 [cité 30 août 2020];70(S1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/idj.12570>
74. Breakthrough technology for a professional clean. *Br Dent J*. juill 2020;229(1):63-63.
75. Buxeraud J. Conseiller les accessoires interdentaires et les brosses à dents adaptés à chaque patient. *Actual Pharm*. mars 2012;51(514):33-6.
76. Montevecchi M, Moreschi A, Gatto MR, Checchi L, Checchi V. Evaluation of Clinical Effectiveness and Subjective Satisfaction of a New Toothbrush for Postsurgical Hygiene Care: A Randomized Split-Mouth Double-Blind Clinical Trial. *Sci World J* [Internet]. 2015 [cité 16 mars 2020];2015. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378704/>
77. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Reuil-Malmaison: Éd. CdP : Wolters Kluwer France; 2011.
78. Chapusot E. Les critères qui déterminent le choix d'une pâte dentifrice. 2006;123.
79. Kandelman D. La Dentisterie préventive. Québec]; Paris; Barcelone: Presses de l'Université de Montréal ; Masson; 1989.

Références bibliographiques

80. Clergeau-Guerithault S, Bloch-Zupan A, Bourgeois D, Association dentaire française, Commission des dispositifs médicaux. Les dentifrices. Paris: Association Dentaire Française; 2002.
81. Bercy P, Tenenbaum H. Parodontologie: du diagnostic à la pratique. Bruxelles: De Boeck; 1997.
82. Rošin-Grget K. The cariostatic mechanisms of fluoride. *Acta Medica Acad.* 15 nov 2013;42(2):179-88.
83. Martini M-C, Seiller M. Actifs et additifs en cosmétologie. Paris: Lavoisier; 2006.
84. Putt MS, Moore MH, Milleman JL, Milleman KR, Thong SH, Vorwerk LM, et al. Clinical validation and calibration of in vitro peroxide tooth whitening. *J Clin Dent.* 2009;20(3):79-86.
85. AtarbashiMoghadam F, Atarbashi-Moghadam S. Tooth Brushing in Children. *J Dent Mater Tech.* 1 déc 2018;7:181-4.
86. Svoboda J-M, Dufour T. Prophylaxie des parodontopathies et hygiène buccodentaire. *Datatraitesod123-40062.*
87. Okada E. Tooth-brushing method by an electric toothbrush having a predetermined vibration frequency [Internet]. US5421726A, 1995 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://patents.google.com/patent/US5421726A/en>
88. MAYER.F. la santé parodontale au féminin. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, faculté de chirurgie dentaire : Université Henry Poincare- Nancy 1, 2007. le 06/03/2007 [Internet]. [cité 26 févr 2020]; Disponible sur: file:///C:/Users/M/Downloads/Documents/SCDPHA_TD_2007_MAYER_FLORENCE.pdf
89. Mattout P. Parodontologie: le contrôle du facteur bactérien par le praticien et par le patient. Paris: Editions CdP; 2003.
90. Fischman SL. The history of oral hygiene products: how far have we come in 6000 years? *Periodontol* 2000. oct 1997;15:7-14.
91. Muster D. Thérapeutique médicale buccodentaire: moyens et méthodes. Paris: Elsevier; 2004.
92. Fejerskov O, Kidd EAM, éditeurs. Dental caries: the disease and its clinical management. 2nd ed. Oxford ; Ames, Iowa: Blackwell Munksgaard; 2008. 616 p.
93. Gonçalves AC de S, Martins MCN, Paula BL de, Weckwerth PH, Franzolin S de OB, Silveira EMV. A new technique for tongue brushing and halitosis reduction: the X technique. *J Appl Oral Sci.* 2019;27:e20180331.
94. Quirynen M, Avontrodt P, Soers C, Zhao H, Pauwels M, van Steenberghe D. Impact of tongue cleansers on microbial load and taste. *J Clin Periodontol.* juill 2004;31(7):506-10.

Références bibliographiques

95. Pillon F, Pillot G. Bien utiliser les bains de bouche. *Actual Pharm.* mars 2015;54(544):37-9.
96. Ben Slama L, Djemil M. Antiseptiques buccaux. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* sept 2004;105(4):231-4.
97. Watanabe E, Nascimento AP, Guerreiro-Tanomaru JM, Razaboni AM, de Andrade D, Tanomaru-Filho M. Antiseptic mouthwashes: in vitro antibacterial activity. *Acta Odontol Latinoam AOL.* 2015;28(2):180-4.
98. Bonnot J, Pillon F. Revue des prescriptions odontologiques à l'officine. *Actual Pharm.* mai 2013;52(526):45-8.
99. Fiorillo L. Chlorhexidine Gel Use in the Oral District: A Systematic Review. *Gels.* 11 juin 2019;5(2):31.
100. Sixou M. Prescrire en odontologie. Rueil-Malmaison: CdP; 2005.
101. Charon J. Parodontie médicale: innovations cliniques. Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2010.
102. Jame O, Orti V, Bousquet P, Calas I, Gibert P. Antiseptiques en parodontie. *Datatraitesod123-38407* [Internet]. [cité 28 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/23639>
103. Gaziano R, Moroni G, Buè C, Miele MT, Sinibaldi-Vallebona P, Pica F. Antitumor effects of the benzophenanthridine alkaloid sanguinarine: Evidence and perspectives. *World J Gastrointest Oncol.* 15 janv 2016;8(1):30-9.
104. Muster D. Thérapeutique médicale buccodentaire: moyens et méthodes. Paris: Elsevier; 2004.
105. Van der Weijden FA, Van der Sluijs E, Ciancio SG, Slot DE. Can Chemical Mouthwash Agents Achieve Plaque/Gingivitis Control? *Dent Clin North Am.* oct 2015;59(4):799-829.
106. Fine DH, Markowitz K, Furgang D, Goldsmith D, Charles CH, Lisante TA, et al. Effect of an essential oil-containing antimicrobial mouthrinse on specific plaque bacteria in vivo. *J Clin Periodontol.* août 2007;34(8):652-7.
107. Tufekci E, Casagrande ZA, Lindauer SJ, Fowler CE, Williams KT. Effectiveness of an essential oil mouthrinse in improving oral health in orthodontic patients. *Angle Orthod.* mars 2008;78(2):294-8.
108. Fine DH, Furgang D, Barnett ML, Drew C, Steinberg L, Charles CH, et al. Effect of an essential oil-containing antiseptic mouthrinse on plaque and salivary *Streptococcus mutans* levels. *J Clin Periodontol.* mars 2000;27(3):157-61.

Références bibliographiques

109. Charles CH, Sharma NC, Galustians HJ, Qaqish J, McGuire JA, Vincent JW. Comparative efficacy of an antiseptic mouthrinse and an antiplaque/antigingivitis dentifrice. A six-month clinical trial. *J Am Dent Assoc* 1939. mai 2001;132(5):670-5.
110. Papas AS, Palmer CA, Rounds MC, Russell RM. The effects of denture status on nutrition. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent*. févr 1998;18(1):17-25.
111. soins_de_bouche_soins_de_bouche_memo.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: https://www.docvadis.fr/files/all/OmZx5Rn_unUFXn8x-T-z7Q/soins_de_bouche_soins_de_bouche_memo.pdf
112. Olievenstein C. *Ecrit sur la bouche*. Paris: Editions O. Jacob; 1995. 245 p.
113. 9594e022-0428-4278-928b-f2b0fdee6f01.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9594e022-0428-4278-928b-f2b0fdee6f01>
114. Zitoun-Sztainman A. *L'hygiène bucco-dentaire pour garder le sourire toute sa vie*. Monaco: Éd. Alpen; 2014.
115. Shelov SP, American Academy of Pediatrics, éditeurs. *Caring for your baby and young child: birth to age 5*. New&rev. 5th ed. New York: Bantam; 2009. 892 p.
116. Muller-Bolla M, Courson F. Toothbrushing methods to use in children: a systematic review. *Oral Health Prev Dent*. 2013;11(4):341-7.
117. Association AD. Position of the American Dietetic Association: nutrition education for the public. *J Am Diet Assoc*. 1990;90(1):107-10.
118. Merritt J, Qi F, Shi W. Milk helps build strong teeth and promotes oral health. *J Calif Dent Assoc*. mai 2006;34(5):361-6.
119. Kashket S, DePaola DP. Cheese consumption and the development and progression of dental caries. *Nutr Rev*. avr 2002;60(4):97-103.
120. Aimutis WR. Bioactive Properties of Milk Proteins with Particular Focus on Anticariogenesis. *J Nutr*. 1 avr 2004;134(4):989S-995S.
121. Monnet-Corti V, Simonet P, Reners M. *La parodontologie*. 2018.
122. Benqué E-P, Brunel G. *La parodontologie de A à Z*. Paris: Quintessence International; 2004.
123. Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D, British Society for Disability and Oral Health Working Group. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. *Gerodontology*. juill 2000;17(1):55-64.

Références bibliographiques

124. Dolan TA, Mulligan R, Berkey D, Saunders MJ. Enhancing the oral health of older adults: recommendations for action. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* déc 1996;16(6):229-36.
125. Christophory SP, Ouada S. MEMOIRE DE DIU : FORMATION DE MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD. :27.
126. Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. *Sante Publique (Bucur).* 20 déc 2017;Vol. 29(5):677-84.
127. l'association Santé Orale Handicap Dépendance et Vulnérabilité. *HYGIENE BUCCODENTAIRE ET HANDICAP : GUIDE DE RECOMMANDATIONS.* 2017.
128. Nassar PO, Bombardelli CG, Walker CS, Neves KV, Tonet K, Nishi RN, et al. Periodontal evaluation of different toothbrushing techniques in patients with fixed orthodontic appliances. *Dent Press J Orthod.* févr 2013;18(1):76-80.
129. Catherine BLANC. Guide sur l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. 2018.
130. Brochure_Entretenir_correctement_les_implants_dentaires.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.pierrefabre-oralcare.ch/de/downloads-global/Brochure_Entretenir_correctement_les_implants_dentaires
131. Genoud PA. Indice de position socioéconomique (IPSE) : un calcul simplifié. :9.
132. Mutzenhardt PP, Martrette PJ-M. W~ UNIVERSITÉ · DE LORRAINE. 2015;162.
133. D'Oran U, Bella AB. RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. :288.
134. Al-Haddad K, Al-Hebshi N, Al-Ak'hali M. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. *Int J Dent Hyg.* mai 2010;8(2):80-5.
135. memoure final pdf 01.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://dl.ummtto.dz/bitstream/handle/ummtto/11313/memoure%20final%20pdf%2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
136. Richecoeur C. Observance en parodontologie: hygiène, prescriptions, maintenance. :130.
137. Sawai DS, Singh P, Tushar, Dogra M, Sultana R, Khan SA. Perception, awareness, and practice among patients seeking orthodontic treatment toward maintenance of periodontal health and factors affecting the same among patients visiting dental clinics in Patna. *J Fam Med Prim Care.* 15 nov 2019;8(11):3695-9.

Références bibliographiques

138. Alzammam N, Almalki A. Knowledge and awareness of periodontal diseases among Jordanian University students: A cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol.* 2019;23(6):574-9.
139. Soofi M, Pasdar Y, Karami Matin B, Hamzeh B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, et al. Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: a cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study. *BMC Oral Health* [Internet]. 28 févr 2020 [cité 6 juin 2020];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048098/>
140. EL IDRISSE, KHANOUSSE, BENYAHIA, NECHAD, zaoui, BAHJE. Evolution des connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé bucco-dentaire chez les étudiants dentistes de Rabat, Maroc [Internet]. 2019 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/evolution-des-connaissances-attitudes-et-pratiques-en-matiere-de-sante-bucco-dentaire-chez-les-etudiants-dentistes-de-rabat-maroc.html>
141. Diawara O, Ba B, Ba M, Niang A, Kane AST, Kayentao K, et al. Oral Hygiene: Knowledge and Practices of Students in Three Quranic Schools in Koutiala, Mali. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada.* 24 avr 2018;18(1):3976.
142. Kane1,3 Aboubacar S.T, Guirassy2 Mouhamadou L., Toure3 Kadidia, Diallo3 Baba, Diawara3, Ousseynou, Sita-Cresp3 Bérénice L.A., Diarra1,4 Drissa, Kone3,4 Marc, Togo4 Abdoul K. , Diarra4, Adama S., Adoum1,5-Bechir M.N., Coulibaly5 Lassana, Traore3 Hamady. ÉVALUATION DE L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE DES PATIENTS CONSULTANT LE SERVICE D'ODONTOSTOMATOLOGIE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE OUELESSEBOUGOU AU MALI. 2018 [cité 7 juin 2020]; Disponible sur: <file:///C:/Users/DaDiNeT/Downloads/20665-53485-1-PB.pdf>
143. Chaker PG. Membres du bureau de coordination de l'enquête. :260.
144. Al-Qahtani SM, Razak PA, Khan SD. Knowledge and Practice of Preventive Measures for Oral Health Care among Male Intermediate Schoolchildren in Abha, Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health.* 21 2020;17(3).
145. BOUKHAROUBA H, SAIDI M, BOUDJLEL A. Education pour la santé bucco-dentaire rôle et impact. *Universite ferhat Abbas Setif;* 2018. 99.p.
146. Assimi S, Tajmouti R, Oum Keltoum E. Hygiène bucco-dentaire d'enfants scolarisés marocains et de leurs mères. *Santé Publique.* 2016;28(2):245.
147. Asgari F, Majidi A, Koohpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. *Int J Health Policy Manag.* 30 janv 2015;4(6):343-52.
148. Deng L, Yang Z-Y, Cai T, Li Y-H, Lü X-Y, Ding X-B, et al. [Investigation of oral health knowledge, attitude, behavior of 12-15 years old children in Chongqing]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi Huaxi Kouqiang Yixue Zazhi West China J Stomatol.* 1 févr 2020;38(1):42-7.

Références bibliographiques

149. Srinivasan M, Delavy J, Schimmel M, Duong S, Zekry D, Trombert V, et al. Prevalence of oral hygiene tools amongst hospitalised elders: A cross-sectional survey. *Gerodontology*. juin 2019;36(2):125-33.
150. Catteau C, Blaizot A, Duhamel A, Delzenne A, Devillers A, Frimat P. Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord (France). *Sante Publique (Bucur)*. 2013;Vol. 25(6):747-55.
151. Verlinden DA, Reijneveld SA, Lanting CI, Wouwe JP, Schuller AA. Socio-economic inequality in oral health in childhood to young adulthood, despite full dental coverage. *Eur J Oral Sci*. juin 2019;127(3):248-53.

Annexes

L'évaluation de la pratique des mesures de l'hygiène bucco-dentaire chez les patients consultant au service de parodontologie du CHU de Tlemcen.

Fiche d'enquête

Dossier N° :

La date : / /

I. Anamnèse :

1. L'état Civil :

Nom du patient :

Prénom du patient :

Sexe :

Âge :

Adresse :

Profession : Profession du tuteur :

Numéro de téléphone :

2. Motif de consultation : Douleurs Mobilité Esthétique

Saignement Orientation Plusieurs motifs Autre motifs

3. Antécédents généraux : *Personnels : Diabète HTA Cardiopathie

Hyper/Hypothyroïdie Polyopathologies Sans antécédents Autres maladies

*Familiaux : Diabète HTA Cardiopathie

Sans antécédents Autres maladies

4. Antécédents médicamenteux : Anticoagulant ADO Anti-hypertenseur

Hormone thyroïdienne Autres médicaments

Plusieurs médicaments Sans antécédents

5. Présence d'anomalies fonctionnelles : Oui Non

Annexes

6. Êtes-vous fumeur ? Oui -Nombre de cigarettes /jour :
Non -Arrêt récent du tabac :

7. Antécédents stomatologiques : Extractions Soins dentaire Prothèse
Détartrage ODF

8. Causes d'extraction : Caries Maladies parodontales Traumatismes
Autres causes Aucune dent extraite

9. Fréquence de visites chez le médecin dentiste :

Au besoin Annuelle Mensuelle
Trimestrielle Semestrielle Visite périodique+ au besoin

10. Pour quelles raisons allez-vous chez le médecin dentiste ?

Soins de caries Détartrage Visite de routine Au besoin

11. Brossez-vous les dents : Oui Non

12. A votre avis est-il important de se brosser les dents ? Oui Non

Pourquoi ?.....

13. Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents ?

1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour Autre Nulle

14. Quand brossez-vous les dents ?

Après chaque repas Le matin Le soir De temps en temps Nul

15. Combien de temps doit-on se brosser les dents ?

16. Avez-vous la même fréquence de brossage des dents tous les jours ?

Oui Non Absence du brossage

17. Quel est le facteur principal qui vous empêche à ne pas se brosser les dents ?

Manque de temps Habitude Vous ne jugez pas cela nécessaire

Saignement Autres facteurs Aucun facteur

Annexes

18. Combien de temps doit-on changer la brosse à dents ?

2-3mois 4-5mois Tous les 6mois 1 fois par an Autres
Jusqu'à l'usure Pas de brosse à dents

19. Que préférez-vous comme brosse à dents ?

Brosse à dents manuelle Brosse à dents électrique Aucune

20. Choisissez-vous une brosse à dents ?

Mi-dure Dure Souple N'importe Absence du brossage

21. Où achetez-vous le plus fréquemment vos brosses à dents / dentifrices ?

Super marché Pharmacie Autre Aucun

22. Comment vous-brossez les dents ?

De la gencive vers la dent De la dent vers la gencive Horizontalement
Circulaire Aucune

23. Qui vous a appris cette méthode :

Un dentiste Un proche A l'école Seul Autre Pas de brossage

24. Brossez-vous les dents sans l'utilisation d'une pâte de dentifrice ? Oui Non

25. Utilisez-vous d'autres produits pour rincer votre bouche ? Oui Non

Si oui lesquels :

26. Utilisez-vous des adjuvants du brossage ? Oui Non

Si oui précisez : Fil dentaire Bâtonnets inter-dentaires

Jet d'eau Autre

27. Utilisez-vous les bains de bouche ?

Commercialisés Préparation individuelle Aucun BDB utilisé

28. Comment juger votre brossage ?

Efficace Moyen Inefficace Pas de brossage

29. Brossez-vous la langue ? Oui Non

Annexes

30. Comment vous nettoyez vos prothèses ?

Avec une brosse à dents et dentifrice Trempage dans un antiseptique dilué

Rinçage avec du l'eau Non porteur de prothèses

31. Combien de fois ? Avec chaque brossage dentaire Une fois/jour De temps en temps Non porteurs de prothèses

32. Quelles sont les conséquences de l'absence de l'hygiène bucco-dentaire ?

Perte dentaire Caries Problèmes parodontaux Je ne sais pas Autres

33. Est-ce que vous sensibilisez vos enfants sur leur hygiène bucco-dentaire ?

Oui Non Pas d'enfants

33. A votre avis : comment on peut améliorer la pratique de l'hygiène chez les patients

?.....

II. Examen clinique :

1. Examen péri-buccal : Aphte Herpès labial Perlèche Sécheresse labiale Cliniquement d'aspect sain

2. Examen endo-buccal : Cliniquement d'aspect sain

- Examen des muqueuses :

- Muqueuse labiale :
- Muqueuse jugale :
- Muqueuse palatine :
- Muqueuse linguale :
- Plancher :

- Examen gingival :

Maxillaire supérieur :

	Bloc postérieur droit	Bloc antérieur	Bloc postérieur gauche
PI'SILNESS ET LOE'			
GI'SILNESS ET LOE'			

Annexes

Présence de pus :

	41			42			43			44			45			46			47			48		
Faces vestibulaires																								
Faces linguales																								
Récessions vestibulaires																								
Récessions linguales																								
Perte d'attache																								

Présence de pus :

Type de poches : Vraies Fausses

Profondeur : 3-4mm 5-6mm Supérieur à 6 mm

Perte d'attache : 0mm 1-2mm 3-4mm Supérieur/ égal à 5mm

4. Examen dentaire :

Indice CAOD (caod) : 1-10 10-20 Supérieur à 20

Mobilité (selon ARPA) : (0-1) (1-2) (2-3) (3-4)

Abrasion (selon AGUEL) : 0 (0-1) (1-2) (2-3)

5. Diagnostic positif :

- Gingivite induite par la plaque avec facteurs locaux favorisants
- Gingivite induite par la plaque sans facteurs locaux favorisants
- Parodontite chronique {

Légère <input type="radio"/>	Modérée <input type="radio"/>	Sévère <input type="radio"/>
Localisée <input type="radio"/>	Généralisée <input type="radio"/>	
- Parodontite agressive Localisée Généralisée

Résumé

Résumé :

Introduction :

Une hygiène orale rigoureuse est indissociable à la santé bucco-dentaire et par conséquent à l'état de la santé général vu les complications destructives de son absence.

Quelles sont les mesures d'hygiène bucco-dentaire adoptées par nos patients ? Ses mesures sont-elles bien maîtrisées ? C'est pour répondre à ces questions que nous avons décidé de mener cette étude.

Matériel / Méthodes :

C'est une étude descriptive transversale qui s'est déroulée au service de Parodontologie du CHU-TLEMCEN, sur une durée de six mois permettant l'enrôlement de 134 patients.

Résultats / Discussion :

Dans notre étude, le sexe féminin était le plus représenté à 71%, avec un sex ratio de 0,40. L'extrême d'âge était de 10 à 72ans, la tranche d'âge la plus représentée était [20-30]ans. L'esthétique était le motif de consultation le plus apparent (29,9%).

La majorité de nos patients (47,8%) se brossait les dents deux fois par jour, pendant une minute ou moins, 65,7% ont déclaré avoir un brossage irrégulier, 34,3% changeaient leurs brosses à dents tous les 6mois. L'utilisation des adjuvants, ainsi que le brossage lingual ont été constatés que chez une minorité de notre population.

Notre étude a indiqué la présence d'un lien entre le niveau socio-économique et la fréquence du brossage ($p=0,039$), la méthode de brossage ($p=0,039$), les adjuvants du brossage ($p=0,004$), alors qu'aucun lien n'a été mis en évidence pour les autres paramètres de l'hygiène.

Conclusion :

La majorité de la population étudiée était nettement médiocrement consciente, la pratique des mesures préventives et des compléments de brossage n'était pas optimale. De ce fait nous avons jugé nécessaire de multiplier les campagnes de sensibilisation afin d'améliorer les connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire et de sa pratique.

Mots clés : Hygiène bucco-dentaire, santé bucco-dentaire, motivation.

Abstract:

Introduction:

In Rigoorous oral hygiene is inextricably linked to oral health and consequently to the state of general health given the destructive complications of its absence.

What oral hygiene measures do our patients take? Are these measures well controlled? It is to answer these questions that we decided to conduct this study.

Objective: To evaluate the practice of oral hygiene measures of consultant patients in the Periodontology Department.

Material / methods:

This is a cross-sectional descriptive study which took place at the Periodontology Department of the CHU-TLEMCEN, over a period of six months, allowing the enrolment of 134 patients.

Results / Discussion:

In our study, the female sex was the most represented at 71%, with a sex ratio of 0.40. The extreme age range was from 10 to 72 years, with the most represented age group being [20-30] years old. Aesthetics was the most apparent reason for consultation (29,9%).

The majority (47,8%) brushed their teeth twice a day, for one minute or less, 65.7% reported irregular brushing, mainly due to lack of time, 34.3% changed their toothbrushes every 6 months. The use of brushing aids, lingual brushing as well as regular cleaning of the prostheses have been found that in a minority of our population.

Our study indicated an association between socio-economic level and frequency of brushing ($p=0,039$), brushing method ($p=0,039$), brushing aids ($p=0,004$), while no association was found for other hygiene parameters.

Conclusion:

The majority of the population studied was clearly poorly aware, the practice of preventive measures and brushing supplements was not optimal. For this reason, we considered it necessary to increase the number of awareness campaigns in order to improve knowledge of oral hygiene and its practice.

Key words: Oral hygiene, oral health, motivation.