

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES
DEPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Analyse de la littératie parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de leurs jeunes enfants âgés de 0 à 10 ans à Yaoundé

Thèse rédigée en vue du doctorat en médecine bucco-dentaire par :

MBEY NJE Yves Junior,

Mat N°19M1429

Directeur

Pr ESSI Marie-José

Santé publique

Professeure titulaire

Co-directeurs

Dr MENGONG Perpétue Hortense

Odontologie Pédiatrique

Chargée de cours

Dr NAAMBOW Edwige Christelle

Anthropologie de la santé

Chargée de cours



Jai 2026

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Analyse de la littératie parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de leurs jeunes enfants âgés de 0 à 10 ans à Yaoundé

Thèse rédigée en vue du doctorat en médecine bucco-dentaire par :

MBEY NJE Yves Junior,

Mat N°19M1429

Membres du Jury

Président

Pr BENGONDO MESSANGA

Charles

Membres

Pr NOKAM TAGUEMNE M.

Dr LOWE NANTCHOUANG

Michèle ABISSEGUE

Equipe d'encadrement

Rapporteur

Pr ESSI Marie-José

Co directeurs

Dr MENGONG Perpétue Hortense

Dr NAAMBOW Edwige Christelle

Mai 2026

PRELIMINAIRES

Table des matières

PRELIMINAIRES	I
Table des matières	II
Remerciements	V
Liste du personnel administratif et enseignant.....	VII
Liste des tableaux	XVI
Liste des Figures	XVII
Liste des annexes	XVIII
ABREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES	XIX
Résumé	XX
Abstract.....	XXII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE.....	3
I.1 JUSTIFICATION.....	4
I.2 QUESTION DE RECHERCHE.....	4
I.3 HYPOTHESE DE RECHERCHE	4
I.4 OBJECTIFS	4
I.5 LISTE DES VARIABLES	4
I.6 DEFINITIONS OPERATIONNELLES	5
I.7 INTERET DE LA RECHERCHE.....	7
I.8 CADRE THEORIQUE	7
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	8
II.1 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE PEDIATRIQUE	9
II.2 LA LITTERATIE PARENTALE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE	11
Chapitre III : METHODOLOGIE	16
III.1 TYPE D'ÉTUDE.....	17
III.2 SITE	17
III.3 DUREE /PÉRIODE d'ÉTUDE	17
III.4 POPULATION D'ÉTUDE	17
III.5 OUTIL DE COLLECTE	18
III.6 PROCÉDURE	18

III.7 ANALYSE DES DONNÉES	19
Chapitre IV : RESULTATS	20
IV.1 RECRUTEMENT DE LA POPULATION.....	21
IV.2 Données sociodémographiques du parent	22
IV.3 DONNÉES SOCIO-SANITAIRE DE L'ENFANT	22
IV.4 Cognitions parentales	24
IV.5 Pratiques parentales de sante bucco-dentaire de l'enfant.....	26
Chapitre V : DISCUSSION	29
V.1 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	30
V.2 Profil sociodémographique du parent	30
V.3 PROFIL Pathologique de l'enfant.....	31
V.4 Cognitions parentales	32
V.5 PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES.....	33
CONCLUSION.....	34
RECOMMANDATIONS.....	34
REFERENCES	34

Dédicace

A mes chers parents

MBEY NJE Joël Olivier

et

TCHOKEU Amélie Clarisse ép.

MBEY NJE !

Remerciements

À mon Directeur de thèse, le Pr ESSI Marie-José, pour avoir accepté de diriger ma thèse, d'y avoir accordé de l'importance et de m'avoir accompagné contre vents et marées. De plus, vos conseils et votre rigueur me poussaient sans cesse à me surpasser. Merci pour votre patience ; je vous en serai toujours gré.

À mes Co-directeurs Dr MENGONG Perpétue Hortense et Dr NAAMBOW Edwige Christelle, merci pour votre encadrement et votre constante disposition à faire avancer ce travail de recherche.

Au Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, au corps enseignant et au personnel administratif de ladite faculté, pour les cours dispensés avec soin, pour la disponibilité et l'écoute de nos soucis tout au long de notre parcours, ainsi que les mesures prises pour faire de nous de meilleurs médecins.

Au professeur BENGONDO MESSANGA Charles, responsable de la filière médecine bucco-dentaire et principal acteur dans sa création et son introduction en faculté de médecine d'avoir porté ce projet sans lequel notre belle profession n'existerait tout simplement pas dans nos murs. Aux membres du jury, pour vos ajouts, remarques et questions, vous m'avez permis de maîtriser encore plus les contours de mon sujet. Recevez ma profonde gratitude.

Aux responsables religieux des différentes paroisses de l'Eglise chrétienne rachetée de Dieu et celui du centre islamique al-Nour ainsi que les parents et enfants ayant accepté de participer à mon étude.

À ma grand-mère Mbombo Cécile, pour son soutien inconditionnel.

À mes frères et sœurs, MBEY NJE Olive, MBEY NJE Anthony, TOWA Dominique, ZANGA Claude, BENGONO Dina, pour les prières élevées à mon endroit, l'affection, le soutien moral et financier que vous m'avez toujours octroyés.

À ma famille étendue, Mi TOWA, MBEY NJE, NDJAMI, EFFI, MALNOE pour le soutien moral.

À la 51e promotion, toute filière confondue, tout spécialement pour votre amitié, ces moments faits de hauts et de bas que nous avons traversés ensemble. Merci pour vos encouragements et d'avoir rendu mon parcours à Ndjong-Melen inoubliable.

À mes promotionnaires HOPP Nancy, MESSI Sorel, DJOUMESSI Frédérique, NGO MBOG Jessica, MALLI Claire, BONFEN Lamuella, BOAH JU Bill, FAH NDE, NDONGWA Dada,

TCHAMBA Wendy, BAH Felix, ELABA Diane, Jean Bosco ETOA, avec qui nous avons préparé toutes les évaluations et tissé de forts liens d'amitié.

Aux Drs TONYE Lydienne, BISSOG Bayiha, ABANDA Elisée, HOPP Emmanuelle, BALEGUEL Andy, Dr Ted ZE ENAM, pour le mentorat.

À tous mes cadets, pour leur serviabilité et leur disponibilité.

À Mmes Prisquile NGO BELL et TAM Elise, pour leurs encouragements constants et leurs prières à mon égard durant cette étape.

Au Cercle des Etudiants en Médecine Basaa Mpo'o Bati (CEMBAS) et à L'Association médicale Bassa-Mpo'o-Bati de Yaoundé (AMBM), pour m'avoir tenu la main durant mon cursus scolaire.

À la communauté chrétienne de l'Eglise chrétienne rachetée de Dieu avec mention spéciale au Pasteur Wilson Gabe et son épouse Fume Gabe, Pasteur Emma Ananti, tata Colette LEMA, tata DIBANDO Nathalie pour l'accompagnement et la facilitation de ma collecte.

Et à toutes les autres personnes ayant été présentes pour moi, de près ou de loin pour la rédaction et la complétude de ce travail de par leurs messages réconfortants, leurs encouragements ou leurs conseils.

Liste du personnel administratif et enseignant

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr MEKA née NGO UM Esther

Vice-Doyen chargé Programmation et suivi activités académiques : Pr OWONA MANGA Léon Jules

Vice-Doyen Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU Christ Nadège

Vice-Doyen chargé Recherche et Coopération : Pr NDONGO AMOUGOU Sylvie NZAME

Chef Division des Affaires Académiques, Scolarité et Recherche : Pr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Pr NDIBI OLA'A Frédéric Xavier

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred

Chef du Centre de Reproduction : Mr MBILI Jean Patrice

Chef de la Cellule Informatique : Mr IMAM Franck Giresse

Chef de Service Financier : Mme ESSONO AKOA Linda Philomène Stella

Chef de Service Adjoint Financier : Mme NGA ONANA Anastasie Cristel

Chef Service Administration Générale et Personnel : Mme EVENE NOAH Pierrine ASSE MBOLE

Chef de Service Adjoint Administration Générale et du Personnel : Mme MOUSTAPHA Bintou

Chef de Service des Diplômes : Dr NDOBO Juliette Valérie Danièle

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Dr BEYAMA BEYAMA Abdon

Chef Service Adjoint Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mr MOUANDJO BEBE Robert

Chef Service Adjoint Matériel et de la Maintenance : Dr NDONGO MPONON EMENGUELE Pascale

Bibliothécaire en Chef : Mme FROUISOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mr MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Cycle de Spécialisation Chirurgie Buccale : Dr EDOUMA BOHIMBO Jacques G.

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur de la Filière de Médecine Générale : Pr KOWO Mathurin Pierre

Coordonnateur de la Filière Odontologie : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie : Pr HANDY Daniel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr BOOMBHI Jérôme Hilaire

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr NGUEFACK Séraphin

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr AMA MOOR Vicky Jocelyne

Coordonnateur Cycle Spécialisation Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr ESSI Marie-José

Coordonnateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur Adjoint du CESSI : Mr MEZI SATEGUE William

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1.	NDJOCK Louis Richard (CD)	P	ORL-CCF
2.	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3.	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
4.	EYENGA Victor Claude	P	Chirurgie/Neurochirurgie
5.	GUIFO Marc Leroy	P	Chirurgie Générale
6.	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
7.	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
8.	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
9.	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
10.	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
11.	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
12.	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
13.	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
14.	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
15.	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	MA	Urologie
16.	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
17.	FOSSI KAMGA GACELLE	MA	Chirurgie Pédiatrique
18.	FOUDA Jean Cédric	MA	Urologie
19.	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
20.	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
21.	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
22.	MVE MVONDO Charles	MA	Chirurgie Cardiaque
23.	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
24.	NYANIT BOB Dorcas	MA	Chirurgie Pédiatrique
25.	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	MA	Neurochirurgie
26.	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
27.	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
28.	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	CC	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
29.	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
30.	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
31.	MBELE Richard II	CC	Chirurgie Thoracique
32.	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	CC	Neurochirurgie
33.	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
34.	MVONDO ONANA Pierre	CC	Chirurgie Viscérale et Digestive

35.	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	CC	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
36.	NGO YON Laurence Carole	CC	Chirurgie Cardiaque
37.	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
38.	EYA MVONDO Eric Stéphane	AS	Chirurgie Générale
39.	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie Générale
40.	KOUNA TSALA Irène Nadine	AS	Chirurgie Pédiatrique
DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION			
41.	ZE MINKANDE Jacqueline (CD)	P	Anesthésie-Réanimation
42.	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
43.	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
44.	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
45.	AMENGLE Albert Ludovic	MCA	Anesthésie-Réanimation
46.	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
47.	IROUME Cristella R. B. NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
48.	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
49.	GOUAG	CC	Anesthésie Réanimation
50.	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
51.	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
52.	ANKOUANE ANDOULO Firmin	P	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
53.	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
54.	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
55.	HAMADOU BA	P	Médecine Interne/Cardiologie
56.	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
57.	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
58.	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
59.	MENANGA Alain Patrick	P	Médecine Interne/Cardiologie
60.	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
61.	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
62.	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
63.	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
64.	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65.	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MCA	Médecine Interne/Endocrinologie
66.	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
67.	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68.	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
69.	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70.	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71.	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	MA	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
72.	ESSON MAPOKO Berthe Sabine PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73.	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
74.	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
75.	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
76.	MENDANE MEKOBÉ Francine EKOBEA	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
77.	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78.	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79.	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80.	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81.	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82.	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
83.	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	MI /Cardiologie Interventionnelle
84.	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
85.	EBENE MANON Guillaume	CC	Médecine Interne/Cardiologie
86.	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	CC	Médecine Interne/Néphrologie
87.	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
88.	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89.	KUABAN Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
90.	MANDENG Nadia Jacqueline	CC	Médecine Interne/Médecine Interne

91.	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
92.	NSOUNFON ABDYOU WOUOLIOU	CC	Médecine Interne/Pneumologie
93.	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
94.	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	CC	Médecine Interne/Pneumologie
95.	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA M.	CC	Médecine Interne/Néphrologie
96.	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
97.	TSAGUE KENGNI Hermann Nestor	CC	Médecine Interne/Cardiologie
98.	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
99.	BELINGA EDIMA Victor Fabrice	AS	Médecine Interne/Neurologie
100.	BELINGA KYE ESSOMBI Olivia Constance	AS	Médecine Interne/Pneumologie
101.	BIWOLE SIDA Ghislaine Rachel	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
102.	DOUN FOUA Anne Stéphanie Elodie	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
103.	ESSAMA BIBI Suzanne Doris épouse NKECK	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
104.	KOLLO NZIMA Brice Kevin	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
105.	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
106.	POKA MAYAP Virginie	AS	Médecine Interne/Pneumologie
107.	TIMNOU BEKOUTI Jean	AS	Médecine Interne/Cardiologie
108.	TCHOUMI LEUWAT Eric Pascal	AS	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
109.	TONYE Lydienne Alida	AS	Médecine Interne/Cardiologie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
110.	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
111.	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
112.	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
113.	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
114.	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
115.	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
116.	NWATSOCK Joseph Francis	MA	RIM / Médecine Nucléaire
117.	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	CC	Radiologie et Imagerie Médicale
118.	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
119.	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
120.	ZE NGBWA MIMI-Flore PENDA MOMASSO	CC	Radiologie
121.	ALLA TAKAM Clémence épouse TAKOUDA	AS	Médecine Nucléaire
122.	AWOUDOU II Christian Junior	AS	Médecine Nucléaire
123.	MBONO EDOA Doriane Murielle	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
124.	NGO UM Esther Juliette MEKA (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
125.	DOHBIT Julius SAMA	P	Gynécologie Obstétrique
126.	FOUMANÉ Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
127.	KASIA JEAN MARIE	P	Gynécologie Obstétrique
128.	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
129.	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
130.	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
131.	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
132.	TEBEU Pierre Marie	p	Gynécologie Obstétrique
133.	MVE KOH Valère Salomon	P	Gynécologie Obstétrique
134.	NOA NDOUA Claude Cyrille	P	Gynécologie Obstétrique
135.	FOUEDJO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
136.	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
137.	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
138.	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
139.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
140.	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
141.	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
142.	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
143.	TOMPEEN Isidore	MA	Gynécologie Obstétrique
144.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
145.	MPONO EMENGUELE Pascale NDONGO	CC	Gynécologie Obstétrique
146.	NGAHA BONJA Junie épouse YANEU	CC	Gynécologie Obstétrique

147.	NGONO AKAM Marga Vanina	CC	Gynécologie Obstétrique
148.	KODOUME MOTOLOUZE	AS	Gynécologie Obstétrique
149.	KUTNJEM IBRAHIM BELLO MONKAREE	AS	Gynécologie Obstétrique
150.	MOL Henri Léonard Chatelein	AS	Gynécologie Obstétrique
151.	NDJEUNGA Bertine Manuela	AS	Gynécologie Obstétrique
152.	NGASSAM KETCHATCHAM Anny Nadège	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
153.	DJOMOU François (CD)	P	ORL
154.	DOHVOMA Andin Viola	P	Ophtalmologie
155.	EBANA MVOGO Stève Robert	P	Ophtalmologie
156.	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
157.	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
158.	KOKI Godefroy	P	Ophtalmologie
159.	NJOCK Richard	P	ORL
160.	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
161.	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
162.	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
163.	NGABA Olive	MC	ORL-CCF
164.	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
165.	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL-CCF
166.	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-CCF
167.	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
168.	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
169.	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
170.	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
171.	NGO NYEKI Adèle-Rose é MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
172.	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
173.	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
174.	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
175.	MOUANGUE Louise épouse MBONDJO	CC	ORL-CCF
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
176.	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
177.	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
178.	CHELO David	P	Pédiatrie
179.	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
180.	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
181.	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
182.	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	P	Pédiatrie
183.	MBASSI AWA	P	Pédiatrie
184.	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
185.	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	MC	Pédiatrie
186.	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
187.	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
188.	MEGUIZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
189.	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
190.	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
191.	ELOUNDOU ODI Eugène Bertrand	AS	Pédiatrie
192.	NYEMB MBOG Grâce Joëlle Thérèse	AS	Pédiatrie Oncologie
DEPARTEMENT MICROBIOLOGIE, PARASITO, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
193.	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
194.	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
195.	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
196.	MBANYA Dora	P	Hématologie
197.	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
198.	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
199.	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
200.	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
201.	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie

202.	NDOUMBA NKENGUE Annick MINTYA	MC	Hématologie
203.	VOUNDI VOUNDI Esther	MC	Virologie
204.	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	CC	Biologie Clinique /Hématologie
205.	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
206.	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
207.	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie et Maladies Infectieuses
208.	FOKAM Joseph	CC	Microbiologie
209.	MBOUYAP Pretty Rosereine	CC	Pharmacologie
210.	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Biologie Clinique
211.	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
212.	NSA'AMANG Carolle-Snelle épouse EYEBE	CC	Biologie Clinique
213.	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
214.	KAMGNO Joseph(CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
215.	ESSI Marie-José	P	Santé Publique/Anthropologie médicale
216.	BEDIANG Georges Wylfred	P	Informatique Médicale
217.	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
218.	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
219.	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique / Management de la santé
220.	NJOUNEMI ZAKARIAOU	MC	Santé Publique /Economie de la Santé
221.	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	CC	Santé Publique / Epidémiologie de terrain
222.	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
223.	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
224.	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
225.	MAPA TASSOU Clarisse ETEME ABOUDI	CC	Expert en Promotion de la Santé
226.	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie nutritionnelle
227.	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
228.	NAAMBOW ANABA Edwige Christelle	CC	Anthropologie Médicale
229.	NKENGFACK Germaine Sylvie	CC	Nutrition
230.	ONDOUA MBENGONO Laure Julienne	CC	Psychologie
231.	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacie – Economie de la santé
232.	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
233.	EFA Salomon Francis	AS	Santé et Environnement
234.	MELINGUI Bernard Fortune	AS	Epidémiologiste
235.	NDIBI ABANDA Jean	AS	Epidémiologiste
236.	NGAKO PAMEN BOUBA Joëlle Nounouce	AS	Economie de la Santé
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
237.	MENDIMI NKODO Joseph(CD)	P	Anatomie Pathologie
238.	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
239.	BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
240.	KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/Embryologie
241.	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
242.	NSEME Eric	MC	Médecine Légale
243.	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
244.	ESSAME Eric Fabrice	CC	Anatomie pathologie
245.	MENDOUGA M. Coralie R. Bertine KOUOTOU	CC	Anatomie pathologie
246.	NDOUMBA A. Alice Ghislaine ABESSOLO	CC	Anatomie Pathologie
247.	NKEGOUN Blaise	CC	Anatomie Pathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
248.	NDONGO EMBOLA TORIMIRO Judith(CD)	P	Biologie Moléculaire
249.	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
250.	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
251.	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
252.	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
253.	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
254.	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie

255.	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
256.	David Emery TSALA	MC	Physiologie
257.	DZUDIE TAMDJIA Anastase Innocent	MC	Physiologie
258.	AZABJI KENFACK Marcel	MC	Physiologie
259.	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
260.	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
261.	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
262.	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE			
263.	ESSAMA ENO BELINGA Lawrence BELL (CD)	MC	Parodontologie
264.	BENGONDO MESSANGA Charles	P	Chirurgie maxillofaciale
265.	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
266.	NOKAM TAGUEMNE M.E.	MC	Chirurgie Buccale
267.	KWEDI Karl Guy Grégoire	CC	Chirurgie Buccale
268.	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Buccale
DEPARTEMENT D'IMPLANTOLOGIE-PARODONTOLOGIE-PROTHESE			
269.	NDJOH Jules Julien (CD)	CC	Implantologie-Parodontologie
270.	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Prothèses dentaires
271.	NIBEYE Yannick Carine Brice	CC	Bactériologie
272.	AKENA NDENG Lydie Sandra	AS	Parodontologie
273.	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Parodontologie
DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE			
274.	MENGONG MONEBOULOU P. Hortense (CD)	CC	Odontologie Pédiatrique
275.	LOWE NANTCHOUANG Michèle ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
(a) DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
276.	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
277.	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
278.	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
279.	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
280.	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
281.	TALLA Clovis	AS	Pharmacie
(b) DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
282.	ZINGUE Stéphane (CD)	P	Physiologie et Pharmacologie
283.	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
284.	TEMBE ACHICK Estella épouse FOKUNANG	P	Pharmacologie Clinique
285.	ANGO Yves Patrick	CC	Chimie des substances naturelles
286.	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	CC	Neuropharmacologie
(c) DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
287.	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
288.	NYANGONO NDONGO Martin	MA	Pharmacie
289.	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité
290.	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO J. Saurelle	CC	Pharmacologie
291.	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	CC	Réglementation Pharmaceutique
292.	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
293.	ABA'A Marthe Dereine	AS	Management de la qualité, Contrôle qualité
294.	EMANDA EKOUDI Martin Gogonet	AS	Pharmacie
295.	FOE ESSOMBA Joseph Rodrigue	AS	Biotechnologie
296.	NDAM NDJITOYAP M. Yvon Daniel Arouna	AS	Réglementation Inspectorat Pharmaceutiques
297.	NKO'O NTYAM David Lionel	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistants

Total = 297

Serment de Genève



*Au moment de l'admission comme membre de la profession
médicale,
« Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service
de l'humanité.
Je réserverai à mes maîtres le respect et la gratitude qui leur sont
dus.
J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.
Je garderai les secrets qui me sont confiés.
Je sauverai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble
tradition de la profession médicale.
Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux,
national, racial, politique ou social aillent à l'encontre de mon
devoir vis-à-vis du malade.
Mes collègues seront mes frères. Je respecterai au plus haut degré
la vie humaine et ceci dès sa conception.
Même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.
Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à à
garder scrupuleusement ces promesses »*

Liste des tableaux

Tableau I : Profil sociodémographique du parent.....	22
Tableau II: Profil pathologique de l'enfant	23
Tableau III: Connaissances parentales par rapport à la santé bucco-dentaire des enfants	24
Tableau IV: Cognition parentales globales.	25
Tableau V: Pratiques parentales vis-à-vis de la santé bucco-dentaire des enfants.	27

Liste des Figures

Figure 1 : Triade de Keyes modifiée	10
Figure 2 : Flux de recrutement de la population	21
Figure 3: Etat parodontal des enfants en fonction de l'âge.	24
Figure 4: Profil carieux par rapport aux cognitions parentales.	25
Figure 5 : Débris des surfaces selon la perception parentale.....	26
Figure 6 : Niveau de prévention face à l'indice de tartre	27
Figure 7: Recours aux soins parental et état gingival infantile.	28

Liste des annexes

Annexe 1: Autorisation de collecte de l'Eglise Chrétienne Rachetée de Dieu.....	34
Annexe 2 : Autorisation de collecte du Centre Islamique Al-Nour.....	34
Annexe 3: Fiche d'information et consentement éclairé	34
Annexe 4: Fiche de collecte.....	34

ABBREVIATIONS, ACRONYMES & SIGLES

ART : Traitement restaurateur atraumatique

CPE : Carie précoce de la petite enfance

MBD : Médecin Bucco-dentaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SBD : Santé Bucco-Dentaire

TDI : Traumatisme dentaire infantile

Résumé

Introduction : la littératie en santé désigne la capacité d'un individu à obtenir, analyser et comprendre des informations relatives à la santé afin de prendre des décisions éclairées. Dans le domaine bucco-dentaire pédiatrique, les pratiques parentales constituent un déterminant social, conditionnant dès le plus jeune âge la trajectoire de santé orale de l'enfant, puis de l'adolescent et de l'adulte. Agir sur la littératie parentale revient donc à s'attaquer aux inégalités de santé entre enfants favorisés et défavorisés.

Objectif : analyser la littératie parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 10 ans à Yaoundé, à travers leurs connaissances, perceptions et pratiques, et leurs effets sur le profil pathologique bucco-dentaire des enfants.

Méthodologie : une étude transversale descriptive a été menée à Yaoundé, au sein des communautés religieuses de différentes paroisses de l'Église chrétienne rachetée de Dieu et du centre islamique Al-Nour. La fiche technique pour la collecte des données était divisée en deux parties : l'examen clinique et l'étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques). Une fiche technique de quatre items a servi pour l'examen clinique de l'enfant en vue d'objectiver son profil pathologique. Un questionnaire CAP de 66 questions a été ensuite administré aux parents. Les données, analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS®, ont été présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Le lien entre les variables a été établi pour un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur α de 5 %.

Résultats : au total, 790 participants ont été colligés, soit 395 parents et 395 enfants. Les enfants présentaient un sex-ratio de 0,84 et un âge moyen de $6,2 \pm 2,4$ ans. Le sex-ratio des parents était de 0,35 avec un âge moyen de $38,2 \pm 11$ ans, avec une fratrie majoritairement de 2 à 3 enfants (43,3 %). Sur le plan bucco-dentaire, l'indice CAO était de 0,4 (denture permanente) et le caod de 0,15 (denture lactéale) ; les traumatismes de stade I représentaient 4,1 % des pathologies bucco-dentaires et l'amélogénèse imparfaite 0,8 %. L'hygiène buccale globale était défavorable : 65,6 % des enfants présentaient un mauvais indice de plaque et 65,6 % un mauvais indice de tartre, tandis que seulement 23,8 % affichaient un état gingival excellent. Concernant la littératie parentale, les niveaux acceptables dominaient pour les connaissances (45 %) et les perceptions (67,6 %), mais 54,9 % des parents affichaient un niveau insuffisant en hygiène bucco-dentaire. Les pratiques préventives étaient bonnes uniquement chez 6,3 % des parents ; les pratiques de promotion se situaient à un niveau moyen (49,4 %), et

les pratiques de recours aux soins étaient bonnes chez 56,7 %. La littératie globale se concentrait aux niveaux modérés (43,3 %) et limités (25,6 %), sans extrême.

Conclusion : au terme de cette étude, il apparaît que les enfants âgés de 0 à 10 ans présentaient un indice d'hygiène bucco-dentaire et de santé gingivale défavorable, malgré une prévalence faible de caries précoces. Cet état de santé est significativement lié au niveau de littératie parentale, en particulier à la faiblesse des pratiques et des connaissances des parents en matière de santé bucco-dentaire. Il est recommandé d'intégrer les soins bucco-dentaires pédiatriques dans les programmes de couverture sanitaire nationale, et de renforcer l'éducation parentale en santé orale dès les premières années de vie de l'enfant.

Mots-clés : littératie parentale, cognitions en santé bucco-dentaire, santé bucco-dentaire pédiatrique, Yaoundé.

Abstract

Introduction: Health literacy refers to an individual's ability to obtain, analyze, and understand health-related information in order to make informed decisions. In the field of pediatric oral health,

parental practices constitute a social determinant, shaping from a very young age the oral health trajectory of the child, and later that of the adolescent and adult. Addressing parental literacy therefore amounts to tackling health inequalities between advantaged and disadvantaged children.

Objective: To analyze parental literacy regarding the oral health of children aged 0 to 10 in Yaoundé, through their knowledge, perceptions, and practices, and their effects on the oral health profile of children.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted in Yaoundé among religious communities in various parishes of the Christian Church of God's Redemption and the Al-Nour Islamic Center. The data collection form was divided into two parts: the clinical examination and the KAP (knowledge, attitudes, and practices) survey. A four-item form was used for the clinical examination of the child to objectively assess the child's medical profile. A 66-question KAP questionnaire was then administered to the parents. The data, analyzed using IBM SPSS® software, were presented in the form of tables and graphs. The relationship between the variables was established with a 95% confidence interval and a 5% α error margin.

Results: A total of 790 participants were included in the study, comprising 395 parents and 395 children. The children had a sex ratio of 0.84 and a mean age of $6,2 \pm 2,4$ years. Parents had a sex ratio of 0.35 and a mean age of $38,2 \pm 11$ years, with most families having 2 to 3 children (43.3%). In terms of oral health, the CAO index was 0.4 (permanent dentition) and the caod was 0.15 (deciduous dentition); Stage I trauma accounted for 4.1% and amelogenesis imperfecta for 0.8%. Overall oral hygiene was poor: 65.6% of children had a poor plaque index and 65.6% a poor tartar index, while only 23.8% had excellent gingival health. Regarding parental literacy, acceptable levels prevailed for knowledge (45%) and perceptions (67.6%), but 54.9% of parents had an insufficient level of oral hygiene knowledge. Preventive practices were good among only 6.3% of parents; promotional practices were at a moderate level

(49.4%), and care-seeking practices were good among 56.7%. Overall literacy was concentrated at moderate (43.3%) and limited (25.6%) levels, with no extremes.

Conclusion: The findings of this study indicate that children aged 0 to 10 years had poor oral hygiene and gum health, despite a low prevalence of early childhood caries. This health status is significantly linked to parental literacy levels, particularly to parents' limited knowledge and practices regarding oral health. It is recommended that pediatric oral care be integrated into national health coverage programs and that parental education on oral health be strengthened starting in the early years of a child's life.

Keywords: Parental literacy; Oral health knowledge; Pediatric oral health; Yaoundé

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire est un état exempt de douleurs chroniques oro-faciales, de cancers de la bouche ou de la gorge, d'infections et de plaies buccales, de maladies parodontales, de caries dentaires, de pertes de dents et d'autres maladies ou troubles qui limitent la capacité de mordre, de mâcher, de sourire, de parler et affectent le bien-être psychosocial. Pour assurer une bonne santé bucco-dentaire des enfants, les parents doivent connaître et croire en l'efficacité des bonnes pratiques, notamment : superviser le brossage des dents, adopter une alimentation équilibrée, limiter les sucreries et encourager des visites régulières chez le médecin bucco-dentaire. Les inégalités socio-économiques peuvent cependant impacter ces pratiques et le recours aux soins, comme le montrent des études sur les inégalités sociales et de recours [1]. Au Cameroun, des études sur le sujet n'ont pas encore été menées.

Dans le monde, la prévalence mondiale des caries précoces chez les enfants est de 49 %, rapporte une méta-analyse et revue systématique [2]. En Afrique, cette même méta-analyse rapporte une prévalence de 42% et l'OMS indique que les caries non traitées des dents de lait constituent la maladie chronique la plus courante chez les enfants 28,5 % de la population âgée de plus de 5 ans souffrant de caries non traitées sur ses dents définitives [3]. Au Cameroun, 91% des enfants âgés de 6 à 12 ans souffrent de caries dentaires [4].

Les affections bucco-dentaires non traitées ont un impact direct sur la croissance de l'enfant, son sommeil, sa nutrition, son estime de soi et sa capacité d'apprentissage. La prise en charge curative d'une carie avancée ou d'une infection bucco-dentaire génère des coûts nettement supérieurs à ceux d'une stratégie préventive précoce [5]. La santé bucco-dentaire est un marqueur puissant de l'inégalité sociale. S'attaquer aux pratiques parentales revient à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé pour réduire le fossé entre les enfants favorisés et ceux défavorisés. Les résultats fourniront probablement une base de départ pour l'élaboration de programmes nationaux de promotion de la santé bucco-dentaire spécifiquement adaptés au contexte camerounais.

La présente étude avait pour objectifs d'évaluer les connaissances des parents sur la prévention des maladies bucco-dentaires, identifier les facteurs socio-économiques associés aux pratiques de SBD et apprécier la perception et le recours des parents aux services de soins bucco-dentaires préventifs pour leurs enfants.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I.1 JUSTIFICATION

Les données épidémiologiques nationales rapportent un mauvais état bucco-dentaire de l'enfant, mais une corrélation précise n'a pas encore été mise en évidence entre ce faible recours et les pratiques parentales associées. Le parent, à travers les rôles tels que celui de premier formateur, facilitateur d'accès et gestionnaire de l'anxiété de l'enfant, est le facteur le plus déterminant de l'hygiène bucco-dentaire de l'enfant et de son recours aux soins.

I.2 QUESTION DE RECHERCHE

La littératie parentale en matière de santé bucco-dentaire exerce-t-elle une influence sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants âgés de 0 à 10 ans dans la ville de Yaoundé ?

I.3 HYPOTHESE DE RECHERCHE

La santé bucco-dentaire et nature des soins bucco-dentaires tels que les soins préventifs ou curatifs et la fréquence des soins bucco-dentaires de l'enfant comme le nombre de consultations, le suivi régulier et le contrôle sont sous l'influence de la littératie parentale en matière de santé bucco-dentaire.

I.4 OBJECTIFS

I.4.1 Objectif général :

Analyser la littératie parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de leurs enfants dans la ville de Yaoundé.

I.4.2 Objectifs spécifiques

- 1- Décrire le profil pathologique buccodentaire des enfants âgés de 0 à 10 ans à Yaoundé ;
- 2- Évaluer les connaissances de leurs parents sur la santé bucco-dentaire des enfants ;
- 3- Déterminer les pratiques parentales de santé bucco-dentaire vis-à-vis de leur enfant.

I.5 LISTE DES VARIABLES

- 1- **Profil sociodémographique du parent** : Age, sexe, niveau d'instruction du parent, statut professionnel, revenu mensuel du ménage, appartenance religieuse, aire culturelle, quartier de résidence.
- 2- **Profil socio-sanitaire enfant** : Age, sexe, niveau scolaire, profil pathologique (CAOD, CPI, affections congénitales, affections des tissus mous et/ou cancers)

- 3- **Cognitions parentales** : SBD de l'enfant (alimentation, brossage, soins), perception (éducation, visites bucco-dentaires, rôle parental), hygiène bucco-dentaire (type d'alimentation, supervision du brossage, fréquentation MBD)
- 4- **Pratiques bucco-dentaires** : prévention (brossage, supervision, secondaire), Promotion (éducation, alimentation, modelé comportemental), recours (motif de consultation, type de recours, soins alternatifs)

I.6 DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Alimentation de l'enfant : La nutrition infantile désigne l'ensemble des apports nutritifs nécessaires à la santé et au bon développement de l'enfant. Elle englobe l'allaitement maternel, l'introduction progressive de céréales, de fruits, de légumes, ainsi que des micronutriments nécessaires à sa croissance.

Brossage : Action mécanique de nettoyage des surfaces dentaires à l'aide d'une brosse à dents afin d'éliminer la plaque dentaire et les résidus avec un dentifrice fluoré.

Cognitions parentales : les pensées, les croyances, les attitudes et les processus mentaux des parents concernant l'éducation de leurs enfants et leur rôle parental. Celles ci influencent leur interprétation et leur réaction face aux comportements de l'enfant, ont un impact sur les styles parentaux et affectent le bien-être de l'enfant.

Éducation : Mise en œuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain ; moyens pour y parvenir.

Littératie en santé : La littératie en santé est généralement décrite comme le degré de capacité d'un individu à obtenir, analyser et comprendre des renseignements de base ayant trait à la santé et aux services liés afin de prendre des décisions adéquates pour sa santé.

Modèle comportemental : c'est une représentation qui explique comment les pensées, émotions et motivations influencent les actions d'un individu ou d'un système.

Motif de consultation : La raison principale ou le symptôme spécifique qui amène un patient à voir un médecin, c'est-à-dire la plainte ou le problème qu'il souhaite résoudre

Perception : C'est le processus actif par lequel les individus sélectionnent, organisent et interprètent les informations sensorielles pour construire leur compréhension du monde, donnant sens à leur réalité et à leur environnement.

Prévention : L'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire l'apparition, la propagation et la gravité des maladies, accidents et handicaps, en agissant avant que les problèmes ne surviennent (primaire), en les détectant tôt (secondaire), ou en limitant les conséquences des maladies déjà installées (tertiaire), afin d'améliorer la santé globale et la qualité de vie.

Promotion : C'est le processus qui donne aux individus et aux communautés les moyens d'accroître leur contrôle et d'améliorer leur santé, en agissant sur ses déterminants (logement, éducation, revenu, etc.) et en renforçant les capacités personnelles et sociales, plutôt que de se concentrer uniquement sur la maladie ou le traitement.

Recours aux soins : Il désigne la capacité des individus à obtenir les services médicaux nécessaires, ce qui englobe la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des prestataires de soins de santé.

Rôle parental : Sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de l'hygiène de l'enfant.

Soin alternatif : une pratique thérapeutique qui n'appartient pas à la médecine conventionnelle et qui peut être utilisée à la place ou en complément des traitements traditionnels, visant souvent une approche holistique du bien-être, bien que leur efficacité ne soit pas toujours prouvée scientifiquement.

Supervision du brossage : Assistance physique ou contrôle visuel actif par un adulte lors du brossage des dents.

Type d'alimentation : une alimentation équilibrée riche en calcium, phosphore, vitamines D et C, et protéines (provenant des produits laitiers, des viandes maigres, des œufs, des noix et des légumes verts à feuilles) pour des dents solides, ainsi que des fruits et légumes croquants (pommes, carottes) pour nettoyer les dents et stimuler la salive, et du fluor (dans l'eau) pour l'émail.

Type de recours : Un type de recours en santé définit le niveau d'intervention dans le système de soins, allant du premier recours (médecin généraliste, prévention, orientation) au second (spécialistes) et au troisième recours (médecine de pointe, plateau technique lourd), structurant ainsi les parcours patients pour répondre efficacement à leurs besoins, de la simple consultation à la prise en charge complexe et spécialisée, incluant aussi les motifs de recours qui sont les raisons (maladies, traumatismes) pour lesquelles les gens sollicitent des soins.

Indice de débris simplifié (DI-S) : Mesure la présence de débris mous (matière alba, plaque, colorations exogènes) sur la surface. (0: absence de débris ou de coloration, 1 : débris mous couvrant $\leq 1/3$ de la surface dentaire, 2 : débris mous couvrant $> 1/3$ mais $\leq 2/3$ de la surface, 3 : débris mous couvrant $> 2/3$ de la surface)

Indice de tartre simplifié (CI-S) : Mesure le tartre supra- et sous-gingival. (0 : absence de tartre, 1 : tartre supragingival couvrant $\leq 1/3$ de la surface, 2: tartre supra gingival $> 1/3$ et $\leq 2/3$, ou présence de dépôts sous-gingivaux isolés, 3: tartre supra gingival $> 2/3$, ou bande continue de tartre sous-gingival)

Indice d'hygiène orale simplifié (OHI-S) : indice composite mesurant à la fois les débris mous (DI-S) et le tartre (CI-S) sur 6 surfaces dentaires représentatives (faces vestibulaires de 16, 11, 26, 31 et faces linguales de 36, 46). $OHI-S = DI-S + CI-S$ (score global, de 0 à 6).

OHI-S : 0,0–1,2 : bonne hygiène ; 1,3–3,0 : hygiène moyenne, 3,1–6,0 : mauvaise hygiène

I.7 INTERET DE LA RECHERCHE

Les résultats de la présente étude permettront aux autorités de santé publique de posséder des informations factuelles sur le recours aux soins de santé de l'enfant, cibler les lacunes dans les pratiques parentales et mener ainsi des interventions ciblées de promotion de la santé bucco-dentaire des enfants.

I.8 CADRE THEORIQUE

La recherche est à cheval sur deux spécialités médicales : la médecine bucco-dentaire à travers la pédodontie ; et la médecine sociale et préventive en santé publique.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

II.1 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE PEDIATRIQUE

La santé bucco-dentaire pédiatrique est définie comme l'absence de douleur, d'infection et de maladie affectant la bouche, les dents et les maxillaires de l'enfant [6]. Chez le tout petit, l'enjeu majeur de santé est la carie dentaire de la petite enfance, caractérisée par la présence d'une ou plusieurs surfaces dentaires cariées, absentes (pour cause de carie) ou obturées chez un enfant de moins de six ans [7]. Les dents de lait ont un rôle important : elles permettent le développement des dents définitives et sont indispensables pour manger et parler [8]. Il est conseillé d'adopter très tôt de bonnes habitudes pour éviter la survenue de caries. Bien qu'elles aient une durée de vie limitée (entre 6 et 13 ans selon les dents) et qu'elles soient remplacées par des dents définitives, les dents de lait sont indispensables au développement de l'enfant [9].

II.1.1 Épidémiologie des pathologies bucco-dentaires.

Selon la charge mondiale de morbidité, les maladies bucco-dentaires sont parmi les maladies non-transmissibles les plus courantes [10]. La prévalence de la carie de la petite enfance est particulièrement élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire [11]. En Afrique, la prévalence des caries chez les enfants est généralement considérée comme modérée (indice CAO moyen entre 1,5 et 2,5) [2], mais elle est en augmentation rapide dans les zones urbaines en raison de l'adoption de régimes alimentaires occidentalisés, riches en sucres [12]. Les études camerounaises indiquent une prévalence préoccupante de la carie des dents de lait, souvent supérieure à 30 % chez les enfants d'âge préscolaire dans certains quartiers [13]. Les données suggèrent que les caries sont souvent non traitées, menant à des complications à et des extractions précoces.

II.1.2 Présentation clinique et mode évolutif des pathologies bucco-dentaires

La carie est une maladie multifactorielle résultant de l'interaction de nombreux facteurs : susceptibilité individuelle au travers de l'hôte (la dent), l'apport fréquent de sucres fermentescibles qui est le substrat, les bactéries, agent majeur contenu dans la plaque et la salive, ainsi que la fréquence d'exposition aux acides dans le temps, explique la triade de Key modifiée (Fig. 1) [14]

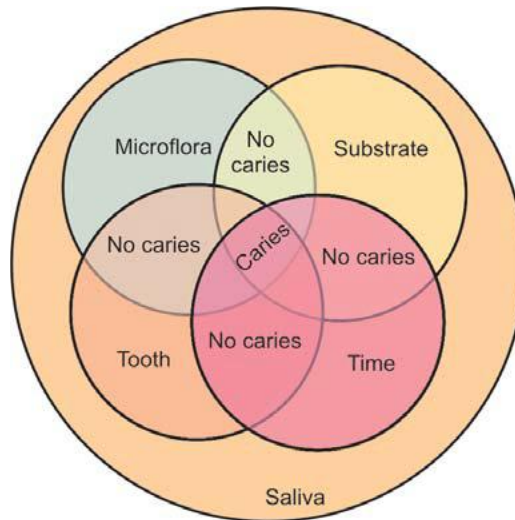


Figure 1 : Triade de Keyes modifiée

Une action sur un ou plusieurs des facteurs ci-dessus réduira de manière significative la survenue des caries. Si non traitées la survenue de complications bucco-dentaires telles que les polycaries, l'extraction précoce des dents, les dysmorphoses dento-maxillaires, les édentements, les troubles de l'articulé [15]. Des complications mentales telles que la perte d'estime de soi, la dépression, l'anxiété et des troubles sociaux tels que l'isolement social dans le long terme peuvent aussi être présentes à l'âge adulte de ceux-ci.

II.1.3 Diagnostique.

En raison de son apparition précoce, de sa localisation typique et de la destruction rapide des tissus durs de la dent, la carie de la petite enfance est une forme spécifique de carie dentaire primaire. Elle apparaît dans les zones normalement résistantes à la carie telles que : les surfaces vestibulaires des incisives supérieures, les molaires supérieures et inférieures, plus rarement les canines supérieures, et encore moins les canines inférieures et les incisives. De plus, lors de l'alimentation au biberon avec des boissons sucrées, les incisives supérieures baignent dans ces boissons sucrées [16]. La carie de la petite enfance débute généralement par des taches blanches ou brunes sur les surfaces labiales des dents [17] évoluant vers le bord gingival de celles-ci [18]. Les caries de la petite enfance peuvent être subdivisées en trois types : Type I : touche généralement les deux incisives centrales supérieures, Type II (modéré, grave), Type III (étendu, grave) [19]. Plus le traitement des caries précoces de l'enfance est retardé, plus l'état de l'enfant s'aggrave et devient difficile à traiter, également, plus le coût du traitement augmente et plus les procédures deviennent complexes, réduisant le nombre de praticiens qualifiés à effectuer les procédures plus complexes diminue [19].

II.1.4 Prise en charge

Les caries de la petite enfance sont un problème de santé dont les déterminants sont biologiques, sociaux et comportementaux. Les traitements interventionnels ne permettent pas de résoudre complètement ce problème. Ils sont difficiles, parfois impossibles à mettre en œuvre et coûteux [16]. La prévention, principalement assurée par les parents et tuteurs repose sur, le contrôle de l'alimentation (réduire le sucre), l'hygiène bucco-dentaire (brossage deux fois par jour avec un dentifrice fluoré), l'exposition au fluor (eau, sel, dentifrice) et les visites précoces chez le MBD (avant l'âge d'un an) [20]. L'Académie européenne de santé bucco-dentaire pédiatrique (2008) a recommandé des stratégies générales pour la prévention des CPE [16] :

Les évaluations de la santé bucco-dentaire accompagnées de conseils lors de visites régulières au cours de la première année de vie constituent une stratégie importante pour prévenir l'ECC. Les dents des enfants doivent être brossées quotidiennement avec une petite quantité de dentifrice au fluor dès leur apparition.

L'application professionnelle d'un vernis fluoré est recommandée au moins deux fois par an chez les groupes ou les individus à risque.

Les parents de nourrissons et de jeunes enfants doivent être encouragés à réduire les comportements qui favorisent la transmission précoce des streptocoques mutans.

Différentes procédures ont été suggérées pour la prise en charge des lésions ECC, allant de la surveillance à l'extraction [21]. Pour les lésions naissantes, une surveillance active et un suivi attentif de la progression des lésions ainsi qu'une application de mesures préventives est recommandée, sauf chez les enfants de plus de 3 ans présentant un risque élevé de caries et dont les parents ne s'impliquaient pas [21]. L'approche thérapeutique des caries dentaires chez les jeunes enfants est le traitement restaurateur atraumatique (ART). L'ART est une procédure qui consiste à retirer les tissus dentaires cariés à l'aide d'instruments manuels uniquement, puis à restaurer la cavité à l'aide d'un matériau de restauration adhésif laquelle présente de nombreux avantages, notamment celui de réduire la douleur et la peur pendant les soins dentaires [22,23]. Le matériau de restauration le plus utilisé est le verre ionomère [24] et pour les dents les plus touchées, les coiffes pédodontiques préformées [25].

II.2 LA LITTÉRATIE PARENTALE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE

La littératie parentale en santé bucco-dentaire désigne l'ensemble des connaissances, attitudes et compétences que les parents ou tuteurs mobilisent pour assurer, promouvoir et maintenir la santé orale de leurs enfants [26]. Elle englobe la connaissance de l'anatomie dentaire

pédiatrique, des maladies bucco-dentaires courantes, des gestes d'hygiène appropriés à chaque âge, et du recours aux soins professionnels [27]

La santé bucco-dentaire est un aspect très important pour un enfant, car elle peut influencer sa santé physique, mentale et sociale [28]. Les habitudes et pratiques pour une bonne santé bucco-dentaire se forment durant l'enfance et sont influencées par plusieurs facteurs, dont les croyances et comportements des parents qui sont les premiers formateurs en matière d'hygiène bucco-dentaire des enfants [29].

II.2.1 Analyse épidémiologique

Une revue systématique portant sur 22 études dans des pays de l'OCDE a montré qu'une faible littératie parentale en santé bucco-dentaire était significativement associée à un indice caod plus élevé chez les enfants (OR = 1,8 à 3,4 selon les études) [26]. Les lacunes les plus fréquemment identifiées chez les parents concernaient : la méconnaissance du moment d'initiation du brossage dentaire, l'ignorance du rôle des fluorures, et la banalisation des caries des dents temporaires perçues comme sans importance [30]. Des études en Ouganda ont montré que 67 % des mères interrogées ignoraient que la carie est une maladie infectieuse transmissible, et 78 % pensaient que les dents de lait n'avaient pas besoin d'être soignées [31]. En Afrique subsaharienne, la littérature disponible souligne un déficit généralisé de connaissances parentales en santé bucco-dentaire. Au Nigeria on rapporte que seulement 31,4 % des mères d'enfants de moins de 5 ans déclaraient brosser les dents de leur enfant quotidiennement, et moins de 10 % avaient consulté un dentiste pour leur enfant [32]. Au Cameroun, les études spécifiquement centrées sur la littératie parentale en santé bucco-dentaire sont peu nombreuses. A Yaoundé, 72 % des parents interrogés n'avaient jamais reçu d'informations sur la santé bucco-dentaire de l'enfant, et que 85 % considéraient la première consultation dentaire appropriée uniquement en présence de douleur [33]. Dans une étude transversale conduite dans 10 écoles maternelles de Yaoundé ont observé que 62,4 % des enfants n'avaient jamais visité un cabinet dentaire, et que 54,8 % des parents interrogés ignoraient le moment recommandé pour initier le brossage dentaire [33]. Ces données convergent pour souligner une problématique de santé publique significative dans le contexte de Yaoundé.

II.2.2 Facteurs associés à la littératie parentale en santé bucco-dentaire

II.2.2.1 Facteurs socio-démographiques

Le niveau d'instruction des parents émerge comme le déterminant le plus puissant de la littératie en santé orale dans la majorité des études [34]. Le revenu du ménage, l'occupation

professionnelle, le lieu de résidence (urbain/rural) et le genre du parent répondant (mère et/ou père) sont également associés [35].

II.2.2.2 Facteurs culturels et religieux

Dans les contextes africains, des croyances culturelles spécifiques influencent les perceptions parentales de la santé orale. La carie dentaire est fréquemment attribuée à des causes surnaturelles, à des « vers » ou à la dentition elle-même plutôt qu'à une origine bactérienne et comportementale [36]. Ces représentations constituent des obstacles à la prévention et au recours aux soins conventionnels.

II.2.2.3 Facteurs liés à l'accès aux soins

Au Cameroun, le ratio dentiste/population est estimé à environ 1 pour 50 000 habitants, avec une forte concentration des praticiens dans les grandes villes [37]. Le coût des soins dentaires, non pris en charge par la plupart des mutuelles et assurances camerounaises, représente un frein majeur à la consultation précoce [33]

II.2.3 Impact des Pratiques parentales en matière d'hygiène bucco-dentaire

II.2.3.1 Pratiques d'hygiène

Les pratiques transmises de parents à enfants auront une influence directe sur l'hygiène bucco-dentaire des enfants ; le brossage des dents au travers parents doivent aider leurs enfants à se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré jusqu'à ce qu'ils maîtrisent l'hygiène bucco-dentaire. Privilégier l'eau et limiter le grignotage, les aliments et les boissons sucrés ainsi qu'éviter le sucre la nuit, ne pas mettre de sucre sur la sucette et éviter de nettoyer la sucette dans la bouche du parent pour ne pas transmettre de bactéries, encourager l'enfant à se brosser les dents seul, mais le parent doit superviser et reprendre le brossage (au moins le soir) pour garantir l'efficacité. Le brossage doit durer au moins deux minutes, initier l'enfant à l'utilisation du fil dentaire ou des brossettes interdentaires pour nettoyer entre les dents qui se touchent et aussi, l'hygiène bucco-dentaire doit être transformée en un rituel quotidien plutôt qu'en une tâche fastidieuse. L'utilisation des chansons, des minuteurs colorés ou des brosses à dents à l'effigie de personnages permet de faire du brossage un moment agréable et non une contrainte. [29]

II.2.3.2 Pratiques bucco-dentaires

Le début tardif du brossage dentaire, l'absence de supervision parentale et l'utilisation inadaptée du dentifrice fluoré (surdosage ou sous-dosage) sont des pratiques délétères fréquemment rapportées dans la littérature africaine [33]. L'OMS recommande l'initiation du brossage dès l'éruption de la première dent, avec supervision parentale active jusqu'à l'âge de 8 ans [38].

II.2.3.3 Recours aux soins bucco-dentaires

Les parents doivent aussi avoir des recours aux soins adéquats tels que des visites annuelles dès l'apparition de la 1^{ère} dent. Des actions préventives de fluoration ou le scellement des sillons. Créer un lien entre l'enfant, les parents et le MBD. Aussi, les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés ont un recours aux soins dentaires moindre, ce qui peut entraîner un repérage plus tardif des problèmes de santé bucco-dentaire [39]. Au Cameroun, la majorité des pratiques des populations face à toute gêne ou douleur Bucco-dentaire est la prise systématique de médicaments parmi lesquels des anti-inflammatoires non stéroïdiens (médicaments favorisant la survenue des complications des pathologies Bucco-dentaires) [40,41]. Un autre facteur à ne pas négliger est également la peur du MBD, liée à une mauvaise expérience personnelle ou des récits rapportés par les parents tels que les douleurs atroces pendant et après les soins Bucco-dentaires, ainsi qu'aux mythes qui circulent dans leur entourage, des mythes tels que la mort de certains individus après des extractions dentaires [42]

II.2.3.4 Pour les parents

Le rôle du parent est d'écouter l'enfant afin de comprendre ses besoins et ses préoccupations concernant sa santé bucco-dentaire. Une communication ouverte sur la santé bucco-dentaire peut encourager de bonnes pratiques et un recours plus fréquent aux soins dentaires. Le parent joue aussi un rôle crucial dans la perception du médecin bucco-dentaire. Il faut éviter l'utilisation du médecin bucco-dentaire comme une menace et le présenter comme un allié de la santé [20,43].

II.2.3.5 Autres facteurs liés à la perception

L'instinct parental peut empêcher d'emmener les plus jeunes dans un lieu où ils ne se sentent pas en sécurité, prolongeant ainsi l'intervalle de temps entre chaque consultation. En poursuivant nos recherches, nous avons constaté que certains parents ne sont non seulement pas au courant du fait que des soins bucco-dentaires puissent être effectués sur des enfants, mais ils pensent également que ces soins dentaires radicaux (extraction des dents de lait), ne présentent aucun risque sur le long terme [44–46]. Comme cité plus haut, les pratiques et les habitudes Bucco-dentaires se développent avec les enseignements reçus dès l'enfance et grandissent avec nous, qu'ils aient été transmis de la bonne ou de la mauvaise manière. Ainsi, il est tout à fait logique de rencontrer des personnes âgées, surtout dans un pays en développement comme le Cameroun n'ayant pas les meilleures croyances et pratiques en matière de santé Bucco-dentaire de souffrir des différentes complications Bucco-dentaires ou avoir une mauvaise hygiène [15,47]. Les facteurs pouvant prévenir ou encourager l'accès des enfants aux soins Bucco-

dentaires sont multiples ils reposent en grande partie sur l'éducation à l'hygiène orale de l'enfant au travers de leurs encouragements et orientations par rapport aux différentes pratiques Bucco-dentaires, car les enfants sont moins réceptifs concernant l'apprentissage dans un milieu tendu et/ou autoritaire surtout mis en place par celui des parents et tuteurs. Ces enseignements et encouragements doivent alors être transmis de la meilleure manière possible ainsi que dans un climat exempt de tensions ou alors de violence, car leur compréhension est limitée à ce jeune âge et ils ne comprennent pas encore la gravité de leurs actes [48].

Dans cette revue, nous discuterons de l'association entre croyances et pratiques parentales qui peuvent causer un recours tardif aux soins afin de mieux comprendre cette problématique et de se pencher sur d'éventuelles solutions à proposer dans le futur.

Chapitre III : METHODOLOGIE

III.1 TYPE D'ÉTUDE

Cette étude était transversale, descriptive.

III.2 SITE

L'étude a été menée au sein des populations religieuses de Yaoundé (églises et mosquées).

1. Les différentes paroisses de l'église chrétienne rachetée de Dieu.
2. Le Centre Islamique Al-Nour.

La ville de Yaoundé a été retenue en raison de l'hétérogénéité de ses populations.

III.3 DUREE /PÉRIODE D'ÉTUDE

Notre période de collecte allait de janvier 2026 à avril 2026 ainsi que deux (2) mois d'analyses entre mars et mai pour une durée totale de six mois.

III.4 POPULATION D'ÉTUDE

Population cible : parent ou tuteur d'enfant âgé de 0 à 10 ans ;

Population source : parent/tuteur d'enfant de 0 à 10 ans se présentant dans l'un des sites sélectionnés durant la période de l'étude.

Critères d'inclusion

- Être parent ou tuteur d'un enfant âgé de 0 à 10 ans
- Présence de l'enfant lors de la collecte pour l'examen clinique
- Parler l'une des langues de l'étude (français et/ou anglais).
- Donner son consentement éclairé de participation
- Assentiment de l'enfant

Critères d'exclusion

- Enfant présentant une pathologie générale interférant avec la santé bucco-dentaire
- Enfant sous traitement médicamenteux interférant avec l'état bucco-dentaire.
- Fiches inachevées

Échantillon

L'échantillonnage s'est fait à l'aide de la formule de Cochran pour estimer une proportion en population générale. Une prévalence (p) supposée de 50% (p=0.5) pour une meilleure représentation de la variabilité.

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Où :

n = taille minimale de l'échantillon.

$z = 1.96$ pour un niveau de confiance à 95% ($\alpha = 0.05$).

p = proportion estimée (50% soit 0.5).

$q = 1-p$

e = marge d'erreur 5%

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 385$$

Soit un échantillon minimum de 400 parents et leurs enfants.

III.5 OUTIL DE COLLECTE

La fiche technique pour la collecte des données était divisée en deux parties : l'examen clinique et l'étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques). Une fiche technique quatre items a servi pour l'examen clinique en vue d'objectiver le profil pathologique de l'enfant. Un questionnaire CAP de 66 questions a été ensuite administré aux parents. La fiche a été prétestée au sein d'une communauté chrétienne afin de s'assurer de la pertinence et de la compréhensibilité de celle-ci. La version finalisée et revue sera celle utilisée pour mener notre étude.

III.6 PROCÉDURE

III.6.1 Considérations éthiques et administratives

L'étude s'est attelée au respect intégral des principes de la Déclaration d'Helsinki, et du Code de Nuremberg, notamment ceux relatifs au consentement volontaire éclairé, d'interaction avec les participants. Le consentement libre, éclairé et signé de chaque parent participant était obligatoire. Il sera clairement indiqué que la participation est volontaire. Les données collectées ne contiendront aucune information nominative (nom, adresse, numéro de téléphone). Seuls des codes d'identification seront utilisés pour l'analyse afin de garantir l'anonymat des personnes évaluées. Les risques de l'étude sont minimes (temps de réponse relativement court, 5 minutes, questions sensibles). Le bénéfice est majeur, contribuant à améliorer la prévention de la SBD des enfants au travers de l'Information, éducation et communication (IEC) et de changement de comportement (CCC) effectuées auprès des participants par rapport aux résultats obtenus. Ainsi, une demande de clairance éthique a été adressée au Comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (FMSB-UYI). Des demandes d'autorisations de recrutement ont ensuite adressées aux responsables des édifices religieux de recrutement.

Les résultats feront l'objet de valorisation scientifique et seront communiqués aux participants de l'étude ; aux structures religieuses de l'étude et aux autorités sanitaires locales.

✓ Collecte des données

Le recrutement n'a débuté qu'après avoir reçu les autorisations de recrutement. La collecte de données consistait à fournir des questionnaires aux participants, faire des examens cliniques aux enfants et à la fin de l'exercice, récupérer les questionnaires.

III.7 ANALYSE DES DONNÉES

La description de la population d'étude a été faite à l'aide de mesures de tendance centrale (moyenne, médiane) et de dispersion (écart-types) pour les variables quantitatives, et de fréquences/pourcentages pour les variables qualitatives (Exemple : pourcentage de parents qui brossent deux fois par jour). Nous avons également cherché l'association entre les variables d'exposition (sociodémographiques, score de connaissance) et les variables d'issue (pratiques optimales ou sous-optimales).

Le traitement du texte s'est fait par utilisation du logiciel Microsoft Word. Les données ont été saisies et enregistrées dans EPI info version 7.2.5 puis analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 31. L'association entre variables qualitatives a été faite avec le test de chi-carré. Pour les analyses statistiques, un seuil de signification statistique $\alpha = 0,05$ a été retenu pour l'ensemble des analyses. Les valeurs moyennes ont été exprimées avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Chapitre IV : RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la collecte. Après une description du profil socio démographique des parents et des enfants, le profil pathologique des enfants sera évalué avant de décrire les cognitions parentales sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants et de déterminer leurs pratiques de santé bucco-dentaire vis-à-vis de leur enfant.

IV.1 RECRUTEMENT DE LA POPULATION

La phase de collecte s'est déroulée au sein de la population générale, dans divers édifices religieux (églises et mosquées de la ville de Yaoundé). Sur l'ensemble des parents sensibilisés, seuls les volontaires ont été inclus et après la collecte des fiches, celles ne respectant pas les critères d'inclusion ont été écartées, menant à la taille de l'échantillon final présenté dans la figure 2.

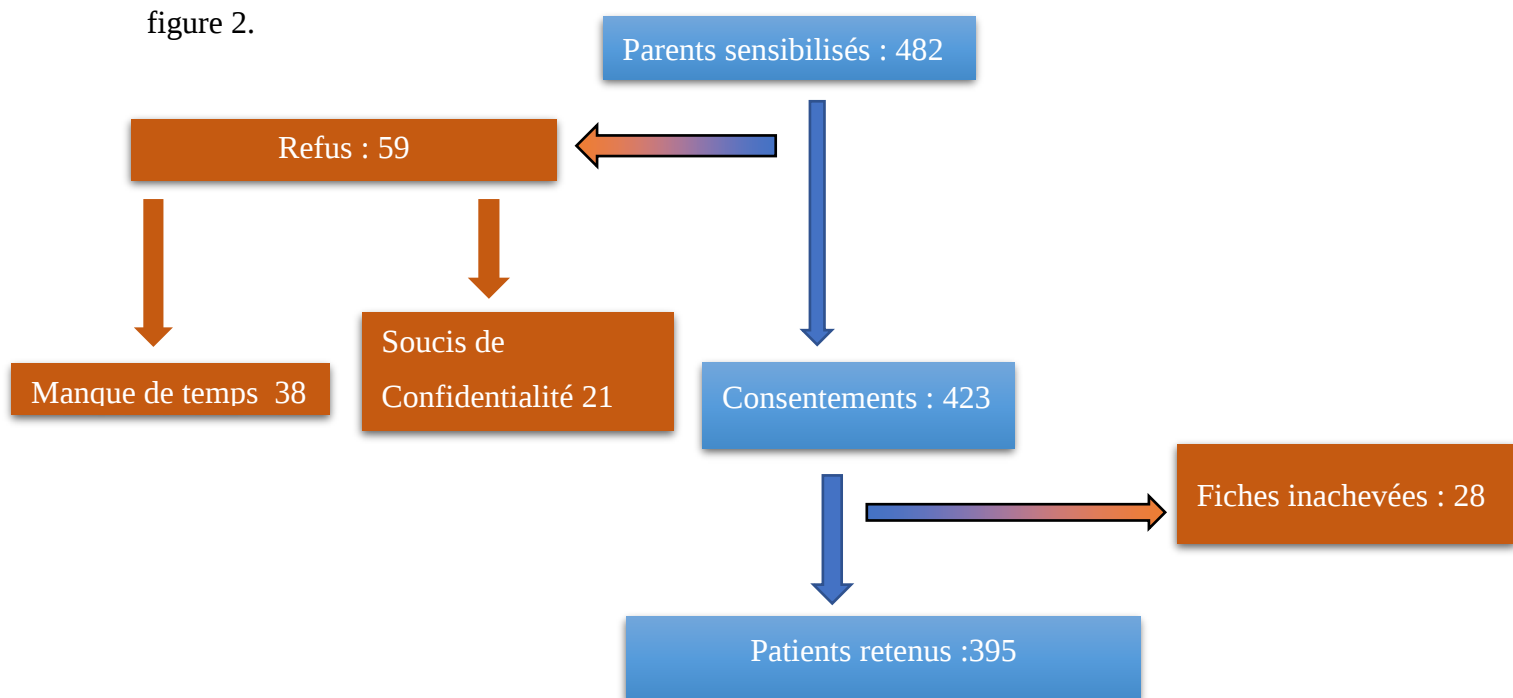


Figure 2 : Flux de recrutement de la population

Le taux de participation des parents était de 82% avec une réticence de 12,2% des parents face à l'étude, et un manque de disponibilité chez 5,8% d'entre eux limitant le temps accordé à l'enquête. Au terme de notre collecte, 6% des fiches ont été exclues. Le profil socio démographique des parents est donné ci-après.

IV.2 DONNÉES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU PARENT

La population a une prédominance féminine (sex-ratio 0,35) et une moyenne d'âge de 38,2 ans $\pm$ 11 ans. Le tableau I présente le profil socio démographique de la population.

Tableau I : Profil sociodémographique du parent

Variable	Modalité	Effectif (395)	Fréquence (%)
Age (ans)	<25	44	11,1
	25-35	104	26,3
	36-45	115	29,2
	46-60	132	33,4
Sexe	Féminin	293	74,2
	Masculin	102	25,8
Niveau d'études	Primaire	12	3,0
	Secondaire	86	21,8
	Supérieur	297	75,2
Revenu mensuel (FCFA)	< 50 000	123	31,2
	50 000 -125 000	255	64,5
	125 001 -200 000	08	2,0
	200 001 - 300 000	09	2,3
Religion	Christianisme	369	93,4
	Islam	26	6,6
Aire culturelle	Côte	137	34,7
	Forêt	116	29,4
	Grass Fields	109	27,6
	Sahel	17	4,3
	Savane	16	4,0

La population étudiée était constituée d'adultes mûrs, avec 88,8% des parents âgés de plus de 25 ans et sur le plan socioéconomique, <5% des parents déclaraient un revenu mensuel dépassant 125000frs. La structure familiale montre que la majorité des parents gèrent plusieurs enfants ; 43,3 % d'entre eux ayant une fratrie de 2 à 3 enfants. Le profil socio sanitaire de leurs enfants est représenté ci-dessous.

IV.3 DONNÉES SOCIO-SANITAIRE DE L'ENFANT

Concernant les enfants, le sex-ratio était de 0,84 et l'âge moyen était de 6,21 ans $\pm$ 2,4 ans. L'analyse du profil des enfants révèle que plus de la moitié des enfants consultés (54,3 %) avaient dépassé l'âge de 6 ans, avec une légère majorité de filles représentant 55,3 % de l'effectif. Le niveau scolaire révèle que le cycle primaire est le plus représenté avec 55,3 % des enfants. Le profil pathologique des enfants est présenté dans le tableau II.

Tableau II: Profil pathologique de l'enfant

Variable	Modalité	Effectif (395)	Fréquence (%)
Indice CAO (n=324)	Caries permanentes	42	13
	Absentes permanentes	2	0,6
	Obturées permanentes	0	0
Indice caod	Caries	19	4,8
	Absentes	1	0,3
	Obturées	7	1,8
Indice de plaque	Bon	104	26,3
	Moyen	248	62,8
	Mauvais	43	10,9
Indice de tartre	Bon	109	27,6
	Moyen	27	6,8
	Mauvais	259	65,6
Indice hygiène	Bon	104	26,3
	Moyen	143	36,2
	Mauvais	148	37,5
Indice gingival	Excellent	94	23,8
	Bon	191	48,4
	Moyen	58	14,7
	Mauvais	52	13,1
Autre	Traumatismes	16	4,1
	Anomalies	3	0,8

Sur le plan clinique, l'état de santé bucco-dentaire des enfants était marqué par un indice CAO de 0,4 pour la denture permanente et un indice caod de 0,15 pour la denture lactéale. Concernant les autres pathologies, les traumatismes dentaires prédominaient, avec 84 % des cas classés au stade I selon la classification d'Ellis et Davey. Par ailleurs, les anomalies de structure, incluant principalement les troubles de la minéralisation (notamment l'Amélogénèse Imparfaite) représentaient 18,8 % de l'ensemble des affections diagnostiquées. L'état parodontal détaillé de l'échantillon est illustré dans la Figure 2 ci-après.

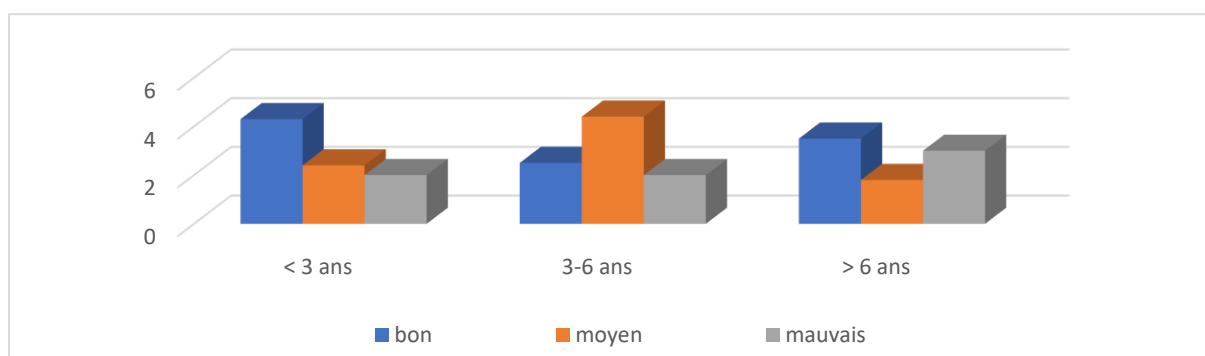


Figure 3: Etat parodontal des enfants en fonction de l'âge.

L'accumulation de la plaque dentaire variait avec l'âge de l'enfant dû à l'éruption des dents et par conséquent des surfaces d'adhésion. Les enfants avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire (>73%) étaient plus exposés aux inflammations gingivales. Le niveau d'informations parentales est décrit ci-dessous.

IV.4 COGNITIONS PARENTALES

Bien que 92,7 % des parents aient déjà entendu parler d'hygiène bucco-dentaire, seuls 18,7 % pouvaient en donner une définition correcte. La connaissance étiologique était élevée avec 95,7 % des répondants identifiant correctement le rôle combiné du sucre et des bactéries dans la genèse de la carie. Le tableau III nous décrit les connaissances parentales en matière de santé bucco-dentaire de leurs enfants.

Tableau III: Connaissances parentales par rapport à la santé bucco-dentaire des enfants

Variable	Modalité	Effectif (395)	Fréquence (%)
Normalité du saignement gingival	Vrai	58	14,7
	Faux	331	83,8
	Je ne sais pas	6	1,5
Importance des soins des dents de lait	Vrai	277	70,4
	Faux	117	29,6
Caries causées par des boissons sans sucres	Vrai	211	53,4
	Faux	139	35,2
	Je ne sais pas	45	11,4
Meilleur moment de brossage	Déjeuner	25	6,3
	Coucher	166	42,0
	Goûter	74	18,8
	Au réveil	130	32,9
Age du début de brossage	Naissance	75	19,0
	Eruption	119	30,1
	Après 1 an	201	50,9

Une bonne connaissance sur la santé bucco-dentaire des enfants peut affecter l'apparition des caries. La figure 4 nous présente les connaissances parentales en matière de santé bucco-dentaire de leurs enfants.

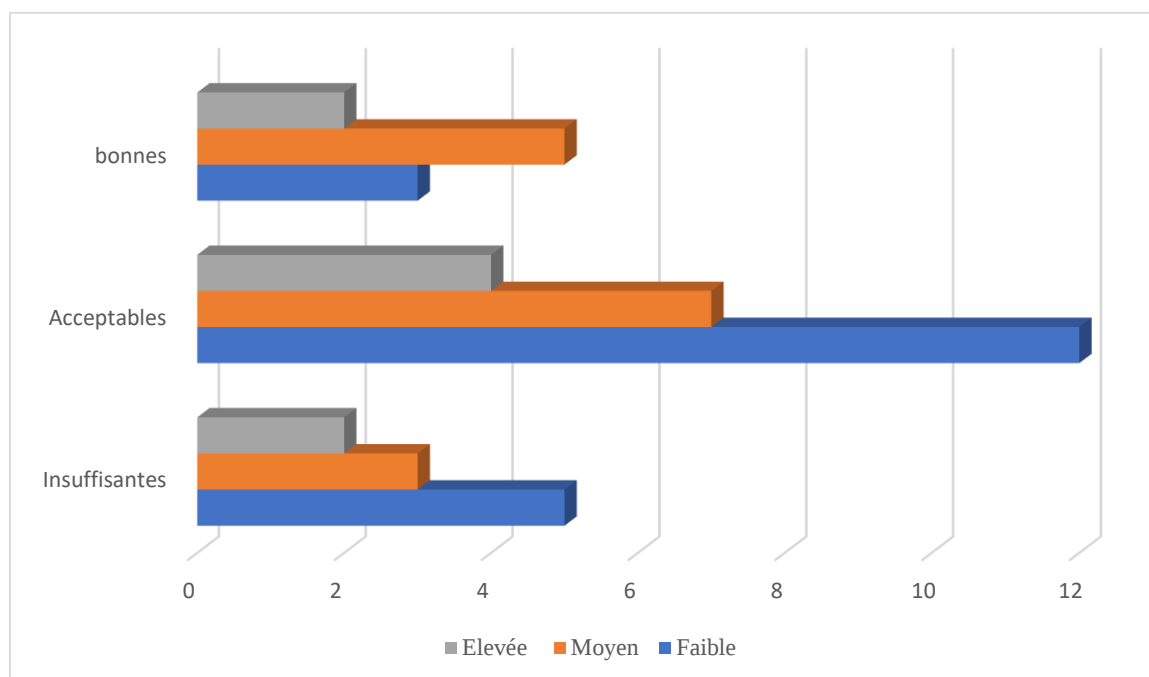


Figure 4: Profil carieux par rapport aux cognitions parentales.

40 % des parents identifiaient le lien entre biberon nocturne et la carie, 7,6 % ignoraient la fréquence recommandée du brossage journalier. Concernant les différentes perceptions parentales. Le Tableau 4 nous présente les cognitions parentales globales

Tableau IV: Cognitions parentales globales.

Variable	Modalité	Effectif (395)	Fréquence (%)
SBD de l'enfant	Insuffisante	79	20,0
	Acceptables	178	45,0
	Bonne	138	35,0
Perceptions	Néfastes	4	1,5
	Acceptables	267	67,6
	Bonnes	124	30,9
Hygiène BD	Insuffisante	217	54,9
	Acceptables	62	15,7
	Bonne	116	29,4

19,7 % des répondants sous-estimaient l'importance des dents lactéales en raison de leur caractère temporaire et plus de 50% des parents ignoraient que la première visite bucco-dentaire de l'enfant était à l'apparition des dents. La figure 5 nous présente l'indice de débris par rapport à la perception.

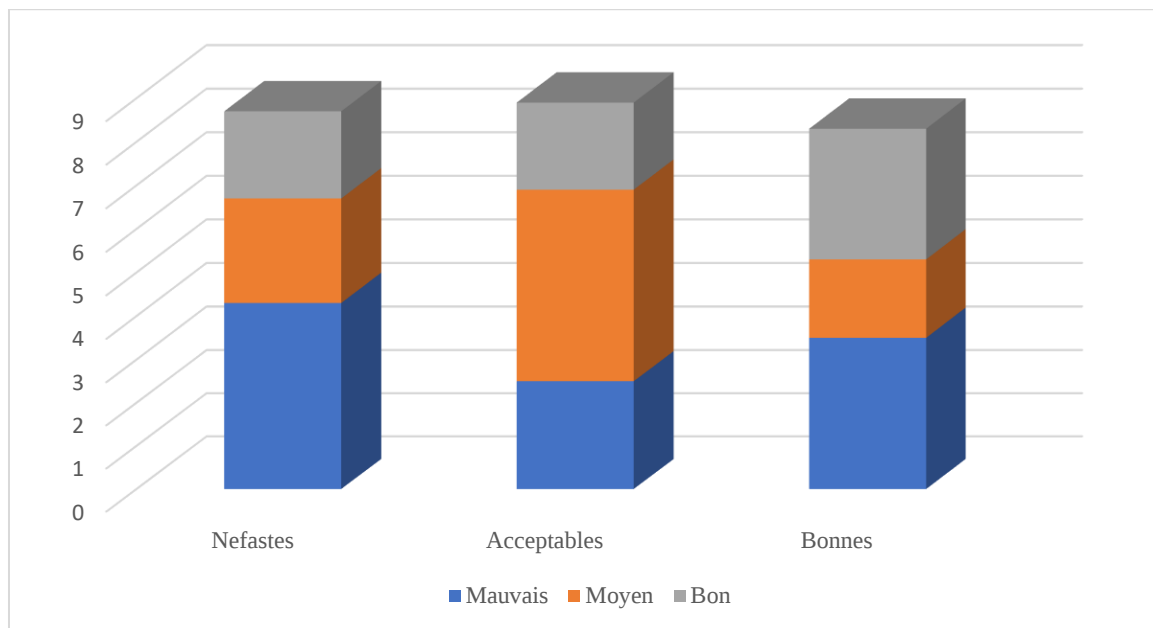


Figure 5 : Débris des surfaces selon la perception parentale

35,2% des parents avaient des difficultés à faire se brosser les enfants tandis que cette charge était assumée par la mère (67,3%) le matin et le soir (55,4%) du temps. 31,4% des parents avaient des perceptions justes en matière de santé bucco-dentaire des enfants. Le tableau IV nous présente les cognitions parentales globales.

45,1 % des parents affichent une culture générale honnête sur la santé dentaire, concernant les pratiques concrètes, 38,2 % des scores étaient assez insuffisants.

IV.5 PRATIQUES PARENTALES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT

L'analyse des comportements préventifs et des barrières à l'accès aux soins soulignait une prédominance des pratiques curatives sur les approches prophylactiques. Concernant l'hygiène quotidienne, une large majorité de parents (83,5 %) affirmait expliquer l'importance de l'hygiène bucco-dentaire à leur progéniture, 64% d'entre eux déclaraient que l'enfant devait se brosser les dents de façon autonome non supervisée à moins de 8 ans et 87,8 % des enfants recevaient des sucreries comme récompense et le grignotage entre les repas était une réalité pour 88,4 % d'entre eux, dont 70,9 % de manière fréquente. La figure 6 nous présente le niveau de prévention face à l'indice de tartre.

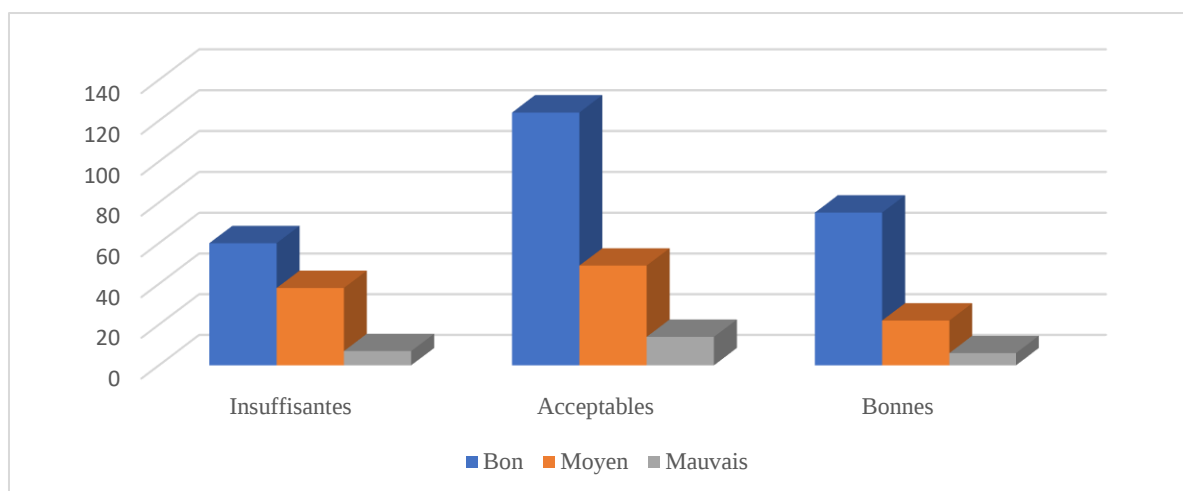


Figure 6 : Niveau de prévention face à l'indice de tartre

35,9 % des parents rapportaient que leurs enfants avaient déjà présenté un problème bucco-dentaire, et 63,5 % d'entre eux déclaraient avoir des dents manquantes ou des caries non traitées. 41 % des parents n'ont pas consulté depuis plus d'un an et 25,1 % n'ont jamais effectué de visite de contrôle. Le tableau V nous présente les pratiques parentales en matière de santé bucco-dentaire de l'enfant.

Tableau V: Pratiques parentales vis-à-vis de la santé bucco-dentaire des enfants.

Variable	Modalité	Effectif (395)	Fréquence (%)
Brossages journaliers de l'enfant	Aucun	74	18,7
	1fois	164	41,5
	2fois	152	38,5
	3 fois ou plus	5	1,3
Brossage avant les repas	Toujours	193	48,9
	Parfois	179	45,3
	Rarement	23	5,8
Dernier Brossage	Avant le repas	280	70,9
	Après le repas	47	11,9
	Avant de dormir	68	17,2
Aide au brossage	Rare	108	27,3
	Fréquent	276	69,9
	Constant	11	2,8
Vérification du brossage	Toujours	126	31,9
	Souvent	145	36,7
	Rarement	105	26,6
	Jamais	19	4,8
Consultation bucco-dentaire	Oui	139	35,2
	Non	256	64,8

Bien que les parents soient instruits, 73,9 % n'arrivent pas à mettre en œuvre des pratiques d'hygiène correctes. 66,6 % des parents maîtrisent les méthodes de recours aux soins et plus de 73% avaient recours à l'automédication systématique. La figure 5 nous montre le niveau de recours parental et l'état gingival de l'enfant.

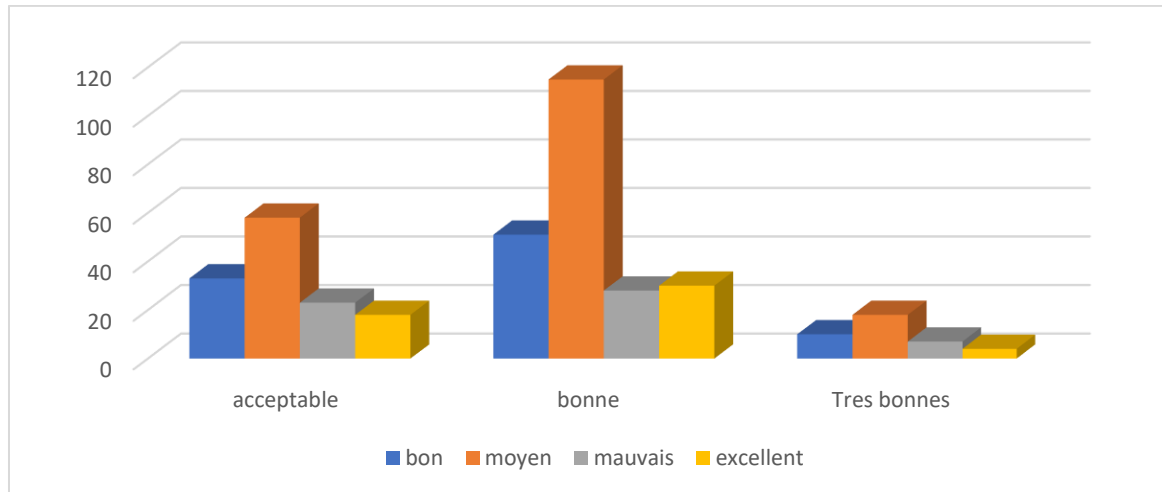


Figure 7: Recours aux soins parental et état gingival infantile.

Chez les parents plus âgés, les consultations régulières étaient observées bien que les recours optimaux restent relativement limités.

Chapitre V : DISCUSSION

Les résultats de l'analyse ont été discutés suivant l'intérêt de la recherche et des études similaires qui ont été réalisées sur la littératie parentale et l'hygiène bucco-dentaire des enfants. Toutefois, la recherche a fait face à certaines limites qui sont mentionnées ci-après.

V.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette recherche avait pour objectif d'analyser la qualité des pratiques parentales de santé bucco-dentaire vis-à-vis de leurs enfants âgés de 0 à 10 ans dans la ville de Yaoundé ; il a donc été mené une étude transversale descriptive au sein de divers édifices religieux (églises et mosquées de la ville de Yaoundé). Les limites rencontrées étaient :

- En milieu religieux, les parents peuvent avoir tendance à surévaluer leurs "bonnes pratiques" (fréquence de brossage, limitation du sucre) pour paraître de "bons parents" devant le chercheur ou au sein de leur communauté générant un biais de désirabilité sociale.
- La précision des réponses sur l'historique des soins où l'âge de la première consultation peut être altérée par l'oubli causant un biais de mémoire.

V.2 PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DU PARENT

Notre échantillon était constitué de 395 parents, avec une prédominance féminine marquée (sex-ratio de 0,35), les femmes représentant 74,2 % des répondants. La moyenne d'âge était de 40 ans, et 88,9 % des parents avaient plus de 25 ans. Ces caractéristiques témoignent d'une population parentale mature, en âge de responsabilité reproductive active. Une prédominance féminine similaire a été observée dans plusieurs études africaines sur les connaissances et pratiques parentales en santé bucco-dentaire [28]. Sur le plan du niveau d'instruction, 75,2 % des parents déclaraient un niveau d'étude supérieur, ce qui constitue un atout favorable à la réception des messages de santé. Cependant, malgré ce niveau d'éducation relativement élevé, les pratiques observées demeurent sous-optimales, confirmant ainsi la distinction fondamentale entre le niveau d'instruction général et la littératie spécifique en santé [49]. Sur le plan socioéconomique, la grande majorité des parents (95,7 %) déclaraient un revenu mensuel inférieur à 125 000 FCFA, plaçant la quasi-totalité de l'échantillon dans une situation de précarité relative. Cette contrainte financière constitue un déterminant structurel majeur de l'accès aux soins bucco-dentaires. La littérature internationale démontre de manière constante que les enfants issus de familles à faibles revenus présentent une charge carieuse plus élevée et un recours aux soins plus tardif. [50,51] La quasi-exclusivité de l'appartenance religieuse chrétienne (93,4 %) de notre échantillon reflète le cadre de recrutement retenu les édifices religieux de Yaoundé et constitue une limite à la généralisation des résultats. Toutefois, ce cadre

de collecte a permis d'atteindre une population générale diversifiée sur le plan des aires culturelles, avec une représentation des zones, côte (34,7 %), forêt (29,4 %), et grass Fields (27,6 %). La dimension culturelle, souvent négligée dans les études africaines, peut influencer significativement les représentations et pratiques relatives à la santé orale [52].

V.3 PROFIL PATHOLOGIQUE DE L'ENFANT

L'analyse du profil des enfants révèle que plus de la moitié de l'échantillon (54,3 %) avait dépassé l'âge de 6 ans, avec une légère majorité féminine (55,3 %). L'indice CAO pour la denture permanente était de 0,4, et l'indice cao pour la denture lactéale de 0,15. Ces indices, bien qu'apparemment bas, doivent être interprétés avec prudence en raison de la composition mixte de l'échantillon incluant des enfants en denture primaire. En Afrique centrale, les indices carieux varient considérablement selon les contextes. À titre comparatif, une étude transversale au Tchad rapportait un indice CAO mixte de 0,6 parmi des élèves de 6 à 12 ans. Au Nigeria, on retrouvait une prévalence carieuse de 13,9 % avec un CAO moyen de 0,2, [52] chiffres comparables à nos observations. Ces données suggèrent que la charge carieuse reste modérée dans nos populations lorsqu'elle est mesurée par les indices classiques, mais que les indices d'hygiène buccale reflètent une réalité clinique préoccupante [53]. En effet, l'indice d'hygiène buccale global s'avère défavorable dans notre étude, avec 65,6 % des enfants présentant un mauvais indice de plaque et 65,6 % un mauvais indice de tartre. L'indice gingival, quant à lui, révèle que seulement 23,8 % des enfants présentaient un état gingival excellent, tandis que 27,8 % affichaient des niveaux moyens à mauvais. Ces résultats concordent avec les données de l'OMS qui souligne que les maladies parodontales et les dépôts dentaires non traités constituent un problème croissant dans les pays à revenu intermédiaire en raison de pratiques d'hygiène insuffisantes. Les traumatismes dentaires (4,1 %) et les anomalies de structure (0,8 %) constituaient les pathologies secondaires, les traumatismes de stade I selon la classification d'Ellis et Davey représentant 84 % des cas. Ces données sont cohérentes avec les données épidémiologiques africaines qui rapportent une prévalence variable de traumatismes dentaires chez l'enfant, liée notamment aux activités sportives et aux jeux non encadrés [54]. La présence d'Amélogénèse Imparfait parmi les anomalies de structure soulève la question du diagnostic précoce et de la prise en charge spécialisée, souvent inaccessible dans le contexte camerounais justifié par une absence d'études sur le sujet.

V.4 COGNITIONS PARENTALES

V.4.1 Connaissances parentales

Nos résultats révèlent un paradoxe épistémique significatif : bien que 92,7 % des parents aient déjà entendu parler d'hygiène bucco-dentaire, seuls 18,7 % étaient capables d'en donner une définition correcte. Ce fossé entre exposition à l'information et compréhension opérationnelle constitue le marqueur central d'une littératie en santé déficiente [55]. En revanche, la connaissance étiologique de la carie était particulièrement élevée, avec 95,7 % des parents identifiant correctement le rôle combiné du sucre et des bactéries dans sa genèse. Cette donnée est comparable aux résultats de l'étude en Afrique du Sud, où les parents montraient une bonne compréhension du rôle du sucre dans la cariogenèse. [29] Toutefois, dans notre étude, cette connaissance étiologique ne se traduisait pas nécessairement en comportements préventifs adéquats, illustrant la dissociation connaissance-pratique fréquemment décrite dans la littérature [56]. Concernant les connaissances spécifiques, plusieurs lacunes critiques ont été identifiées. Seulement 42 % des parents identifiaient le brossage du soir comme le moment le plus important, alors que les recommandations de l'OMS et des sociétés savantes sont claires à ce sujet. Concernant le début des soins d'hygiène buccale du nourrisson, 50,9 % des parents estimaient devoir commencer après un an, alors que les recommandations actuelles préconisent de commencer dès la naissance pour le nettoyage des gencives [57]. Par ailleurs, 47,8 % des parents conditionnaient la première visite chez le médecin bucco-dentaire à l'apparition d'une douleur ou d'un problème dentaire, alors que la Haute Autorité de Santé et la FDI recommandent une première consultation dès l'éruption des premières dents [57]. Cette conception exclusivement curative du recours aux soins, largement documentée en Afrique subsaharienne, constitue un obstacle majeur à la prévention primaire [1]. L'étude réalisée à Brazzaville (Congo) en 2023-2024 auprès de 120 parents montrait que seulement 19,2 % avaient un niveau élevé de connaissance sur la carie précoce de l'enfant et de la définition correcte de l'hygiène bucco-dentaire, résultat proche du nôtre (18,7%) [58]. Ces convergences intercontinentales suggèrent que les lacunes cognitives en santé bucco-dentaire parentale transcendent les contextes locaux et relèvent de déficits systémiques dans l'éducation sanitaire.

V.4.2 Perception parentale

L'analyse des perceptions parentales révèle un profil complexe et parfois contradictoire. D'un côté, 84,6 % des parents avaient une bonne perception du fait que la carie dentaire n'est pas simplement une tache noire disparaissant au brossage. De même, 91,1 % comprenaient que des

débris sur les dents de l'enfant ne sont pas normaux en l'absence de douleur. Ces résultats indiquent une base cognitive favorable à l'adoption de comportements préventifs.

Cependant, d'importantes distorsions perceptuelles demeurent. Ainsi, 71,1 % des parents avaient une bonne perception quant à la nécessité de soigner les caries des dents de lait malgré leur caractère temporaire. En parallèle, notre étude révèle que 19,7 % sous-estimaient encore l'importance des dents lactéales chiffre cohérent avec les données nigérianes et éthiopiennes où cette croyance constitue un frein à la consultation précoce [59,60]. La perception du coût des soins constitue la barrière perceptuelle la plus structurante dans notre étude : 55,2 % des parents estimaient que les visites chez le médecin bucco-dentaire ne coûtaient pas trop cher, mais 90,4 % citaient le coût comme principal frein à leur propre suivi dentaire, et 45,8 % l'identifiaient comme l'obstacle majeur aux visites régulières des enfants. Cette contradiction apparente illustre le phénomène de rationalisation post-hoc bien décrit en psychologie de la santé, où les individus acceptent intellectuellement une information tout en la filtrant à travers des contraintes pratiques réelles [61,62]. L'auto-évaluation de la santé bucco-dentaire de l'enfant par les parents révèle également un optimisme potentiellement dangereux : 40,5 % des parents jugeaient la santé bucco-dentaire de leur enfant comme bonne et 14,4 % comme excellente, alors que les examens cliniques objectivaient des indices d'hygiène mauvais dans plus de 65 % des cas. Cet écart entre perception subjective et réalité clinique, fréquemment observé en santé publique, constitue un obstacle majeur à la demande de soins [63]

V.5 PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES

L'analyse des pratiques parentales révèle une prédominance des comportements réactifs sur les démarches prophylactiques. Concernant les pratiques d'hygiène, 41,5 % des parents supervisaient un brossage quotidien unique chez leur enfant et 18,7 % n'assuraient aucun brossage régulier. Or, les recommandations internationales préconisent au minimum deux brossages quotidiens, notamment avec un fluorure dentifrice adapté à l'âge. Seuls 17,2 % des parents rapportaient que le dernier brossage de la journée avait lieu avant le coucher, pratique pourtant fondamentale pour la prévention carieuse nocturne. Ce déficit de brossage vespéral est statistiquement associé à un indice gingival plus défavorable dans notre étude ($p = 0,009$), ce qui est en lien avec l'importance de l'élimination des résidus alimentaires en fin de journée [64]. Les pratiques alimentaires à risque constituent un déterminant particulièrement préoccupant : 87,8 % des enfants recevaient des sucreries comme récompense, et 88,4 % grignotaient entre les repas, dont 70,9 % de manière fréquente. Ces comportements alimentaires cariogènes, largement répandus dans les contextes africains urbanisés, sont directement liés à la charge

carieuse. L'usage de la sucrerie comme récompense s'inscrit dans des pratiques culturelles éducatives profondément ancrées, particulièrement difficiles à modifier par les seules interventions d'information [65]. Concernant le recours aux soins, 64,8 % des parents n'avaient pas consulté de médecin bucco-dentaire pour leur enfant. Parmi ceux ayant eu un enfant présentant un problème bucco-dentaire (35,9 %), 63,5 % déclaraient des caries ou des dents manquantes non traitées. Face à la douleur dentaire, moins de la moitié des parents (45,8 %) choisissaient de consulter un chirurgien-dentiste, tandis que 54,2 % optaient pour l'automédication en pharmacie ou l'attente passive. Ces données sont comparables aux résultats observés en Afrique de l'Ouest : au Sénégal, le recours exclusivement curatif constituait le motif dominant des consultations, et au Burkina Faso, 47,7 % des patients avec problèmes bucco-dentaires avaient recours à l'automédication [1,66]. L'absence totale de couverture assurantielle en soins dentaires (99 % des enfants sans assurance) constitue un déterminant structurel majeur. Cette réalité s'inscrit dans le contexte plus large de la quasi-inexistence de la couverture sanitaire universelle incluant les soins bucco-dentaires dans les pays à revenu intermédiaire d'Afrique subsaharienne [67].

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d'analyser la littératie parentale vis-à-vis de la santé buccodentaire de leurs jeunes enfants âgés de 0 à 10 ans à Yaoundé.

L'hypothèse principale a été confirmée, car la littératie parentale constituée de l'ensemble des cognitions et pratiques avaient un effet sur la nature des soins et la santé bucco-dentaire des enfants.

Le score de littératie globale était majoritairement limité ou modéré, sans aucun parent atteignant le niveau optimal dû à un décalage entre de bonnes connaissances, des perceptions limitées et des recours inadéquats se reflétant sur les enfants de notre échantillon qui présentaient des indices d'hygiène globalement défavorables avec la majorité des enfants affichant un mauvais contrôle de la plaque dentaire, du tartre, et moins d'un enfant sur quatre bénéficiait d'un état gingival jugé excellent. Les parents avec de meilleurs scores de littératie présentaient des enfants avec de meilleurs scores d'indice d'hygiène bucco-dentaire.

À l'issue de l'analyse, il est possible d'affirmer que la nature et la fréquence du recours aux soins bucco-dentaires des enfants est influencé par les pratiques parentales. À Yaoundé, le profil pathologique des enfants de 0 à 10 ans est représenté par un mauvais indice d'hygiène marqué par des pathologies parodontales telles que les gingivites et les pathologies carieuses telles que les caries précoces des dents dont la prévalence est liée à la littératie parentale, car les connaissances des parents sur la santé bucco-dentaire infantile restent limitées, les habitudes de grignotages restant élevées et la perception néfaste sur les consultations préventives ; cette méconnaissance engendre un faible recours aux soins préventifs et un fort recours aux soins curatifs d'urgence souvent précédés par des automédications sporadiques.

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé Publique

- Intégrer la santé bucco-dentaire dans la couverture sanitaire nationale.
- Intégrer un module de counseling bucco-dentaire pédiatrique dans les programmes mère-enfant.

1. Aux Directeurs de structures de soins

- Intégrer un module de counseling bucco-dentaire durant les consultations du nourrisson.
- Organiser périodiquement des campagnes de dépistages bucco-dentaires pédiatriques.

2. A L'Ordre National des Chirugiens-dentistes

- Intégrer la littératie en SBD dans les formations initiales et continues.
- Élaborer des recommandations nationales de bonnes pratiques bucco-dentaires pédiatriques insistant sur les pratiques néfastes.

3. Aux parents

- Superviser des actes bucco-dentaires des enfants de 0 à 8 ans minimum.
- Faire les visites préventives chaque 6 mois pour les enfants
- Utiliser les dentifrices adaptés à l'âge des enfants
- Éviter l'automédication et les traitements traditionnels non encadrés concernant les enfants.

REFERENCES

1. Dieng SN, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Levy S. État de santé, offre et recours aux soins bucco-dentaires chez les enfants sénégalais : synthèse des données disponibles. *Santé Publique*. 2016;28(2):257-65. doi:10.3917/spub.162.0257
2. MacLennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early childhood caries global data. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):835. doi:10.1186/s12903-024-04605-y
3. World Health Organization Regional Office for Africa. Oral health [Internet]. Brazzaville: WHO AFRO; 2025 [cité 2025 nov 11]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int>
4. Ntchapda A. Cameroun : la carie dentaire touche presque toute la population [Internet]. Paris: AlloDocteurs; 2020 [cité 2025 nov 11]. Disponible sur: <https://www.allodocteurs.fr>
5. Lee I, Monahan S, Serban N, Griffin PM, Tomar SL. Estimating the cost savings of preventive dental services delivered to Medicaid-enrolled children in six southeastern states. *Health Serv Res*. 2018;53(5):3592-616. doi:10.1111/1475-6773.12811
6. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does "access to health care" mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186-8. doi:10.1258/135581902760082517
7. Davies GN. Early childhood caries: a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26 Suppl 1:106-16. doi:10.1111/j.1600-0528.1998.tb02102.x
8. Assurance Maladie. L'importance des dents de lait et les risques liés aux caries chez le tout-petit [Internet]. Paris: Ameli.fr; [cité 2025 nov 9]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
9. Vittoba Setty J, Srinivasan I. Knowledge and awareness of primary teeth and their importance among parents in Bengaluru City, India. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2016;9(1):56-61. doi:10.5005/jp-journals-10005-1334
10. Fondation Croix-Rouge française. Inégalités sociales et santé bucco-dentaire [Internet]. Paris: Fondation Croix-Rouge française; [cité 2025 nov 18]. Disponible sur: <https://www.fondation-croixrouge.fr>
11. Folayan MO, El Tantawi M, Aly NM, Al-Batayneh OB, Schroth RJ, Castillo JL, et al. Association between early childhood caries and poverty in low and middle income countries. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):8. doi:10.1186/s12903-019-0997-9
12. Organisation mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. Genève: OMS; 2023 [cité 2025 nov 18]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
13. World Health Organization. Oral health country profile: Cameroon 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cité 2025 nov 3]. Disponible sur: <https://cdn.who.int>
14. Ali Ghufroni AS, Primarti RS, Chemiawan E, Febriani M. Gambaran pengetahuan dan sikap ibu mengenai pemeliharaan kesehatan rongga mulut anak sindroma down di

- Depok. J Ilm Dan Teknol Kedokt Gigi. 2022;17(2):63-71. doi:10.32509/jitekgi.v17i2.1392
15. Boukeng LBK, Etoa CE, Nzefa LD, Nouko A, Minkandi CA, Bevela JY, et al. Santé bucco-dentaire des Pygmées Baka dans la ville de Dimako au Cameroun : une étude transversale de 205 cas. *Pan Afr Med J*. 2024;49:25. doi:10.11604/pamj.2024.49.25.44222
16. Begzati A, Berisha M, Mrasori S, Xhemajli-Latifi B, Prokshi R, Haliti N, et al. Early childhood caries (ECC): etiology, clinical consequences and prevention. In: *Emerging trends in oral health sciences and dentistry* [Internet]. London: IntechOpen; 2015 [cité 2025 nov 18]. doi:10.5772/59416
17. Kashyap PR, Kaur M, Mahadevan G. Prevalence of white spot lesions in children up to 71 months of age in Gujarat state. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2023;41(1):16-21. doi:10.4103/jisppd.jisppd_64_23
18. Cariño KMG, Shinada K, Kawaguchi Y. Early childhood caries in northern Philippines. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(2):81-9. doi:10.1034/j.1600-0528.2003.00010.x
19. Wyne AH. Early childhood caries: nomenclature and case definition. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999;27(5):313-5. doi:10.1111/j.1600-0528.1999.tb02026.x
20. Simonenko DA, Zhurbenko VA, Karlash AE. An integrated approach to the diagnosis, treatment and prevention of caries in early and preschool age children. *RUDN J Med*. 2024;28(1):23-34. doi:10.22363/2313-0245-2024-28-1-23-34
21. Corrêa-Faria P, Viana KA, Raggio DP, Hosey MT, Costa LR. Recommended procedures for the management of early childhood caries lesions: a scoping review by the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). *BMC Oral Health*. 2020;20(1):75. doi:10.1186/s12903-020-01067-w
22. Dallı M, Çolak H, Hamidi MM. Minimal intervention concept: a new paradigm for operative dentistry. *J Investig Clin Dent*. 2012;3(3):167-75. doi:10.1111/j.2041-1626.2012.00117.x
23. Dülgergil ÇT, Soyman M, Civelek A. Atraumatic restorative treatment with resin-modified glass ionomer material: short-term results of a pilot study. *Med Princ Pract*. 2005;14(4):277-80. doi:10.1159/000085750
24. Ercan E, Dülgergil ÇT, Soyman M, Dallı M, Yildirim I. A field-trial of two restorative materials used with atraumatic restorative treatment in rural Turkey: 24-month results. *J Appl Oral Sci*. 2009;17(4):307-14. doi:10.1590/S1678-77572009000400008
25. Academy of Medicine of Malaysia. Clinical practice guidelines [Internet]. Kuala Lumpur: AMM; [cité 2025 nov 18]. Disponible sur: <https://www.acadmed.org>
26. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *J Dent Res*. 2010;89(12):1395-400. doi:10.1177/0022034510379601

27. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Gizlice Z, Rozier RG, DeWalt DA, Vann WF Jr. Influence of caregivers and children's entry into the dental care system. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1268-76. doi:10.1542/peds.2013-2932
28. Wilson AR, Mulvahill MJ, Tiwari T. The impact of maternal self-efficacy and oral health beliefs on early childhood caries in Latino children. *Front Public Health*. 2017;5:228. doi:10.3389/fpubh.2017.00228
29. Nepaul P, Mahomed O. Influence of parents' oral health knowledge and attitudes on oral health practices of children (5-12 years) in a rural school in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2020;10(5):605. doi:10.4103/jispcd.JISPCD_273_20
30. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: acquisition and transmission. *Pediatr Dent*. 2006;28(2):106-9. PMID: 16708784
31. Okullo I, Åstrøm AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(6):447-55. doi:10.1111/j.1600-0528.2004.00183.x
32. Olatosi OO, Oyapero A, Onyejaka NK, Boyede GO. Maternal knowledge, dental service utilization and self-reported oral hygiene practices in relation to oral health of preschool children in Lagos, Nigeria. *PAMJ One Health*. 2020;2:10. doi:10.11604/pamj-oh.2020.2.10.22013
33. Bengondo Messanga C, Ngounou P, Essame Oyono JL. Prévalence de la carie dentaire chez les enfants scolarisés de Yaoundé. *Stomatol Chir Maxillofac*. 2006;107(5):299-302.
34. Firmino RT, Martins CC, Faria LDS, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, et al. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health Dent*. 2018;78(3):231-45. doi:10.1111/jphd.12266
35. Hidalgo-Mora E, Campos-Campos KJ, Aguilar Gálvez D, López-Ramos RP, Alvarez Vidigal E. Parents' oral health literacy and its association with their children's oral health: a review. *Rev Cient Odontol*. 2024;12(3):e209. doi:10.21142/2523-2754-1203-2024-209
36. Lawal FB, Fagbule OF, Akinloye SJ, Lawal TA, Oke GA. Impact of oral hygiene habits on oral health-related quality of life of in-school adolescents in Ibadan, Nigeria. *Front Oral Health*. 2022;3:979674. doi:10.3389/froh.2022.979674
37. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Annuaire des statistiques sanitaires du Cameroun 2021. Yaoundé: Ministère de la Santé Publique; 2021. 218 p.
38. Organisation mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. Genève: OMS; 2023 [cité 2026 avr 22]. Disponible sur: <https://www.who.int>
39. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2013.

40. Mukhari-Baloyi N, Ramphoma K, Phalwane M, Motloba P. Association of parental factors and delayed dental care for children. *S Afr Dent J.* 2021;76(10):607-12. doi:10.17159/2519-0105/2021/v76no10a4
41. Ibikunle A, Taiwo A, Braimah R, Adamson O, Fashina A, Bala M. The challenge of late presentation by dental patients in our climes: reasons behind the enigma. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2020;18(3):210. doi:10.4103/jiaphd.jiaphd_91_19
42. Mariam R, Faisal Malik J, Rafique MH, Soomro AH, Abu Kariem A, Jarbou R, et al. Effect of dental fear on delay in seeking dental treatment among adults in a south Asian setting. *Cureus.* 2025;17(7):e87540. doi:10.7759/cureus.87540
43. Marquillier T, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant : comment prévenir efficacement ? Une revue de portée des prédicteurs de la maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2020;68(4):201-14. doi:10.1016/j.respe.2020.06.004
44. Al-Batayneh OB, Al-Khateeb HO, Ibrahim WM, Khader YS. Parental knowledge and acceptance of different treatment options for primary teeth provided by dental practitioners. *Front Public Health.* 2019;7:322. doi:10.3389/fpubh.2019.00322
45. Guinot Jimeno F, Butini Oliveira L, Diel LC, Abanto J, Ferreira Antunes JL, Pettorossi Imperato JC, et al. Parental preferences for dental caries treatment in preschool children according to socio-demographic conditions and beliefs about the primary dentition. *Eur J Paediatr Dent.* 2022;23(2):147-52. doi:10.23804/ejpd.2022.23.02.07
46. Khodadadi E, Niknahad A, Naghibi Sistani MM, Motallebnejad M. Parents' oral health literacy and its impact on their children's dental health status. *Electron Physician.* 2016;8(12):3421-5. doi:10.19082/3421
47. Michele Lolita Y, Ashu Michael A, Hubert N, Florence D, Jacques B. Oral health status of the elderly at Tonga, West Region, Cameroon. *Int J Dent.* 2015;2015:820416. doi:10.1155/2015/820416
48. Walsh O, Chauhan A, Trinh MV, Lin C, Marshall S, Gray-Burrows KA, et al. Parents' perceived barriers and enablers to providing optimal infant oral care. *BMC Public Health.* 2025;25(1):1292. doi:10.1186/s12889-025-22487-9
49. De Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1096. doi:10.1186/s12889-020-08881-5
50. Vasireddy D, Sathiyakumar T, Mondal S, Sur S. Socioeconomic factors associated with the risk and prevalence of dental caries and dental treatment trends in children: a cross-sectional analysis of National Survey of Children's Health (NSCH) data, 2016-2019. *Cureus.* 2021;13(11):e19184. doi:10.7759/cureus.19184
51. Chou YC, Cheng FS, Weng SH, Hu HY. Risk of severe early childhood caries over time in low-income preschoolers. *JDR Clin Transl Res.* 2025;10(2):146-56. doi:10.1177/23800844241279266

52. Foláyan MO, Bernard OT, Titus OS, Alade O, Aliyu TK, Bhayat A, et al. Cultural practices, oral health service utilisation and oral health policy and guidelines development in Africa: insights from the Yorùbá ethnic group. *Front Oral Health*. 2025;6:1539827. doi:10.3389/froh.2025.1539827
53. Folayan MO, Kolawole KA, Oyedele T, Chukumah NM, Onyejaka N, Agbaje H, et al. Association between knowledge of caries preventive practices, preventive oral health habits of parents and children and caries experience in children resident in sub-urban Nigeria. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):156. doi:10.1186/1472-6831-14-156
54. Ogordi PU, Ize-Iyamu IN, Adeniyi EO. Prevalence of traumatic dental injury to the anterior teeth in children attending paramilitary and nonparamilitary schools in Nigeria. *Ann Afr Med*. 2019;18(2):80-5. doi:10.4103/aam.aam_27_18
55. Tenenbaum A, Borsa L, Lupi L, Germa A. La santé orale de l'enfant : un plaidoyer pour l'interdisciplinarité. *Santé Publique*. 2023;35(HS1):83-91. doi:10.3917/spub.hs1.2023.0083
56. Schulz PJ, Nakamoto K. Understanding health knowledge failures: uncertainty versus misinformation. *Sci Rep*. 2025;15(1):23867. doi:10.1038/s41598-025-06749-5
57. FDI World Dental Federation. Perinatal and infant oral health care. *Int Dent J*. 2024;74(1):167-8. doi:10.1016/j.identj.2023.10.009
58. Ndembi Ndzana PF, Tabi Omgba Y, Talla F, Nguetack F. Knowledge of parents regarding early childhood caries prevention among preschool children in Brazzaville, Republic of Congo: a cross-sectional study. *J Clin Pediatr Dent*. 2025;49(6):172. doi:10.22514/jocpd.2025.139
59. Foláyan MO, Zuñiga RAA, Mohebbi SZ, Khami MR. Association between early childhood caries and parental educational status among children in Ile-Ife, Nigeria. *Front Oral Health*. 2025;6:1581589. doi:10.3389/froh.2025.1581589
60. Geda ZT, Asefa KZ, Gonfa AN, Assefa M. Oral health-related knowledge, attitudes, and practices among high school students in Robe Town, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3848. doi:10.1186/s12889-025-25169-8
61. Alrashdi M, Limaki ME, Alrashidi A. Oral health knowledge gaps and their impact on the role of pediatricians: a multicentric study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10237. doi:10.3390/ijerph181910237
62. Floríndez LI, Como DH, Floríndez DC, Vigen C, Floríndez FM, Cermak SA. Identifying gaps in oral care knowledge, attitudes, and practices of Latinx parents/caregivers of children with and without autism spectrum disorders. *Health Equity*. 2021;5(1):185-93. doi:10.1089/heq.2020.0078
63. Felgner S, Dreger M, Henschke C. Reasons for (not) choosing dental treatments: a qualitative study based on patients' perspective. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267656. doi:10.1371/journal.pone.0267656

64. Kitsaras G, Goodwin M, Kelly MP, Pretty IA. Bedtime oral hygiene behaviours, dietary habits and children's dental health. *Children*. 2021;8(5):416. doi:10.3390/children8050416
65. Rai NK, Tiwari T. Parental factors influencing the development of early childhood caries in developing nations: a systematic review. *Front Public Health*. 2018;6:64. doi:10.3389/fpubh.2018.00064
66. Shrestha A, Bhagat T, Agrawal SK, Gautam U, Joshi NP. Practice of self-medication to manage oral health issues in a community setting of Nepal. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):32. doi:10.1186/s12903-025-05421-8
67. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde : vers la couverture sanitaire universelle pour la santé bucco-dentaire d'ici à 2030. Résumé pour la Région africaine. Genève: OMS; 2024. 1 p.
68. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
69. Vergnes JN, Azogui S. Santé publique orale : contexte, enjeux et perspectives. *Santé Publique*. 2023;35(HS1):9-16. doi:10.3917/spub.hs1.2023.0009
70. Folayan MO, Kolawole KA, Oyedele T, Chukwumah NM, Onyejaka N, Agbaje H, et al. Erratum: association between knowledge of caries preventive practices, preventive oral health habits of parents and children and caries experience in children resident in sub-urban Nigeria. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):62. doi:10.1186/s12903-015-0044-4
71. Tinanoff N. Introduction to the conference: innovations in the prevention and management of early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2015;37(3):198-9. PMID: 26063549

Annexes

Clairance éthique

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref. : N° 0103 /UY1/FMSB/VDRC/DASR/CSD/CSDA/emr

25 MAI 2026

CLAIRANCE ÉTHIQUE ETHICAL CLEARANCE

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
The INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD (IERB) of FMBS Examined

La demande de clairance éthique soumise par :
The Request of Ethical Clearance submitted by

M.Mme: MBEY NJE Yves Junior **Matricule: 19M1429**
Mr.Miss : *Registration:*

Titre du projet de Recherche : **Analyse de la littératie parentale vis-a-vis de la santé bucco-**
Title of research project: **dentaire de leurs jeunes enfants à Yaoundé**

Equipe d'encadrement: **Pr ESSI Marie José**
Supervision Team: **Dr MENGONG MONEBOULOU Hortense**
Dr NAABOW ANABA Edwige Christelle

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique/Scientific Evaluation	
Evaluation de la convenance Institutionnelle/Institutional Convenience Evaluation	
Equilibre des risques et des bénéfices/Benefits and Risks balance	
Respect du consentement libre et éclairé/Respect of Free and informed consent	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :Respect of privacy and Confidentiality	
Respect de la justice dans le choix des sujets/Respect for justice in subject choice	
Respect des personnes vulnérables : Respect of vulnerable persons	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages/Reduction of Inconveniences/Optimization of advantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit



LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE
PROFESSEUR
OHAMA M. M. M.
AGENA ONDOA
PÉDIATRE

Annexe 1: Autorisation de collecte de l'Eglise Chrétienne Rachetée de Dieu



THE REDEEMED CHRISTIAN CHURCH OF GOD
Regional Headquarter
 Jesus House, Yaounde

Assistant Continental Overseer Africa
 Yaoundé,
 Cameroon

Monday, 29 December 2025

To: MBEY NJE Yves Junior
 Final Year Dental Student
 656 36 06 70

**Subject: Formal Authorization to Conduct Research on Parental Oral Health Literacy
 from January to April 2026**

Dear Yves,

I am writing to formally acknowledge receipt of your request to conduct a research study titled "**Analysis of Parental Literacy Concerning Their Children's Oral Health**" within our various parishes in Yaounde and during our upcoming 2026 annual Convention at the redemption camp.

After reviewing your proposal, we are pleased to grant you **the authorization to proceed with your study**. We recognize that this research is a fundamental requirement for your final-year thesis in **Dental Medicine** and value the potential benefits this data may bring to the health and well-being of the children in our community.

This authorization is granted based on the following understandings:

- **Non-Invasive Protocol:** The study will be limited to anonymous questionnaires for parents and basic, free oral screenings for children followed by professional advice.
- **Ethical Standards:** Participation must remain entirely voluntary, and all data collected must be kept strictly confidential and used only for academic purposes.
- **Operational Respect:** The exercise must be conducted with high professional ethics and must not disrupt any church services, programs, or the flow of the annual Convention.

Please coordinate with the Parish Pastors and the Convention Planning Committee to make facilitate and enable times and locations for your screenings and questionnaires for the duration of your studies.

We wish you great success in your final year of study and look forward to the positive impact of your findings.

Yours faithfully,

Pastor Johnson Adediran, Assistant Continental Overseer RCCG Africa



Annexe 4 : Autorisation de collecte du Centre Islamique Al-Nour

Autorisation de collecte des données au sein de la communauté Islamique de la mosquée
Essomba

À

L'attention de Monsieur MBEY NJE Yves
Docteur en Médecine buccodentaire FMSB-UY I

Objet : Accord pour la conduite de l'étude sur la santé bucco-dentaire des enfants.

Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande concernant votre étude intitulée « Analyse de la littératie parentale face aux recours aux soins bucco-dentaires de l'enfant ». Après examen de votre projet et du questionnaire associé, nous vous informons que la direction de la Mosquée Essomba donne son plein accord pour le déroulement de cette enquête au sein de notre établissement.

La santé et le bien-être des enfants sont des valeurs fondamentales que nous encourageons. La sensibilisation des parents à l'hygiène et au recours aux soins médicaux s'inscrit parfaitement dans notre vision d'une communauté épanouie et responsable.

Nous convenons des modalités suivantes :

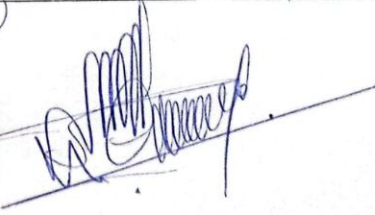
Période : La collecte pourra s'effectuer sur la durée de votre étude.

Lieu : Les échanges avec les parents pourront avoir lieu dans la cour, en dehors des heures de prière afin de respecter le recueillement des fidèles.

Conditions : Il est entendu que la participation des parents reste libre et que l'anonymat des participants sera garanti par vos soins.

Nous vous souhaitons une excellente réussite dans vos recherches, en espérant que les résultats de cette étude permettront d'améliorer concrètement la prise en charge de nos enfants.

Fait à Yaoundé, le 17.02.2026



 El Hady Mohamed Loubani Saïd

Annexe 7: Fiche d'information et consentement éclairés

ANALYSE DE LA LITTERATIE PARENTALE VIS-A-VIS DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DE LEURS JEUNES ENFANTS A YAOUNDE

FICHE D'INFORMATION

Titre de l'étude : <<Analyse de la littérature parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de leurs jeunes enfants à Yaoundé>>

Équipe de recherche : MBEY NJE Yves Junior

Investigateur : MBEY NJE Yves Junior, étudiant en 7^e année d'étude médicale filière médecine bucco-dentaire à la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1. Tel: 656 36 06 70 ; Email: juniormbey5@fmsb-uyl.cm

Directrice : Pr ESSI Marie-Josée

Co-directeur : Dr MENGONG Perpétue Hortense

Intérêt de l'étude : Les résultats de la présente étude permettront aux autorités de santé publique de posséder des informations factuelles sur le recours aux soins de santé de l'enfant, cibler les lacunes dans les pratiques parentales et ainsi mener des interventions ciblées de promotion de la santé bucco-dentaire des enfants.

Déroulement de l'étude

La recherche se compose de deux étapes indissociables :

- **Pour vous (le parent) :** Un questionnaire anonyme sur vos habitudes et vos connaissances en santé dentaire.
- **Pour votre enfant :** Un examen clinique de sa bouche réalisé par un professionnel de santé. Cet examen est rapide, non douloureux et ne comporte aucun acte de soin (pas de piqûre, pas de fraisage). Il s'agit uniquement d'un examen de l'état des dents et des gencives.

Protection de l'enfant et confidentialité

- ✓ L'examen sera réalisé dans la bienveillance. Si l'enfant manifeste un refus ou une trop grande appréhension, l'examen ne sera pas pratiqué.
- ✓ Toutes les données (vos réponses et les observations cliniques de l'enfant) sont codées de manière confidentielle. Le nom de votre enfant n'apparaîtra sur aucun document de recherche.

Droits des participants

Votre participation est volontaire. Vous pouvez retirer votre enfant de l'étude à tout moment sans que cela ne modifie la qualité de sa prise en charge habituelle dans ce service

FICHE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné, M. Mme. Mlle..... Accepte librement et volontairement de participer à l'étude médicale intitulée: << **Analyse de la littératie parentale vis-à-vis de la santé bucco-dentaire de leurs jeunes enfants à Yaoundé**>> étant entendu que:

- J'ai été informé par l'investigateur, lequel a répondu à toutes mes questions :
- Ma participation et celle de mon enfant à l'étude est libre et que j'ai le droit de me retirer à tout moment :
- Les résultats obtenus seront gardés secret par toute l'équipe impliquée dans l'étude :
- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse soutenue publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fais le/...../..... à..... Yaoundé.

Je vous remercie.

Annexe 10: Fiche de collecte

Profil socio démographique du parent	
1. <25 ans=1 ; 25-35 ans=2 ; 36-45 ans=3 ; 46-60 ans=4 ; >60 ans=5	
2. Féminin=1 ; Masculin=2	
3. Non scolarisé =1 ; Primaire =2 ; Secondaire premier cycle=3 ; Bac (+1-3) =4 ; Bac +4 =5 ; secondaire <u>deuxième</u> cycle=6	
4. Sans emploi=1 ; Salarié=2 ; Retraité=3	
5. [≤ 50000 FCFA]] =1 ; [de 50000 - 125000frs] =2 ; de 125001 à 200000] =3 ; Pas de revenu=4 ; 200001 à 300000=5 ; 6=plus de 300000	
6. Animisme=1 ; Christianisme=2 ; Islam=3 ; Autre=4	
7. Côte =1 ; Forêt=2 ; Grassfields=3 ; Sahel=4 ; Savane=5	
8.	
9. Yaounde I=1 ; Yaounde II=2 ; Yaounde III=3 ; Yaounde IV=4 ; Yaounde V= 5 ; Yaounde VI=6 ; Yaounde VII= 7	
Cognitions Parentales	
1. Oui=1 ; Non=2	
2. L'enfant ne ressent aucune douleur =1 Les dents sont blanches et alignées =2 L'enfant peut manger et parler correctement=3 Les dents et les gencives sont sans maladie ni carie=4 L'enfant sourit sans gêne=5	
3. Vrai=1 Faux=2 Je ne sais pas=3	
4. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
5. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
6. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
7. A la naissance=1 A l'apparition des dents=2 ; Après 1 an=3	
8. 1fois=1 ; 2fois=2 ; 3fois ou plus=3	
9. Vrai=1 ; Faux=2 ; Je ne sais pas=3	
10. Après le déjeuner=1 ; Avant de dormir=2 Après le goûter=3 ; Au réveil=4	
11. Mauvais gênes=1 ; Sucres et bactéries=2 Manque de calcium=3	
12. Dès l'apparition des dents=1 ; A 2 ans=2 Quand il a des soucis dentaires=3	
13. 1 2 3 4 5	
14. 1 2 3 4 5	
15. 1 2 3 4 5	
16. 1 2 3 4 5	
17. 1 2 3 4 5	
18. 1 2 3 4 5	
19. Oui=1 ; Non=2	
20. Père=1 Mère=2 Autre=3	
21. Père=1 Mère=2 Autre=3	
22. 1 2 3 4 5	
23. Ne se brosse pas=0 ; 1fois=1 ; 2fois=2 ; 3 fois ou plus=3 ;	
24. Dentifrice fluoré (enfant)=1 ; Dentifrice fluoré (adulte)=2 Dentifrice non fluoré=3 ; Je ne sais pas=4	
25. Avant le repas=1 ; Juste après le repas =2 ; Juste avant de dormir=3	
26. Oui, toujours =1 ; Oui, parfois =2 ; Non, jamais=3	
27. Jamais=1 Souvent =2 Toujours=3	
28. Moins de 8 ans=1 Plus de 8 ans=2 Je brosse toujours ses dents=3	
29.	
30. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
31. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas= 3	
32. Oui=1 Non=2	
33. Oui, toujours=1 ; J'essaie=2 Non, ils sont toujours disponibles=3	
34. Oui, souvent=1 ; Oui, parfois=2 Non, jamais=	
35. Oui, souvent =1 ; Oui, parfois=2 ; Non, rarement=3	
36. Je limite beaucoup=1 Je limite un peu=2 Je ne limite pas=3	
37. Oui =1 Non=2	
38. Une fois=1 ; Deux fois=2 ; Trois fois =3 Plus de trois fois=4	
39. Moins d'un an=1 ; Plus d'un an=2 Jamais=3	
40. Oui=1 ; Non=2	
41. Oui=1 ; Non=2	
42. J'attends que la douleur disparaisse =1 A la pharmacie =2 Médecin buccodentaire=3	
43. Oui=1 Non=2 Je ne sais pas=3	
44. Oui=1 ; Non=2	
45. Pour un contrôle de routine=1 Pour une douleur ou un problème visible=2	
46. Problème buccodentaire=1 ; consultation de Routine=2	
47. Médecin généraliste=1 Infirmier(ère)=2 Pharmacien(ne)=3 Médecin buccodentaire =4 Autre (Praticien traditionnel) =5	
48. Oui, toujours=1 Oui, parfois=2 Non, ce n'est pas le coût=3	
49. Distance=1 Temps d'attente=2	
50. Oui=1 Non=2	
51. Coût=1 Manque de temps=2 Peur (votre ou celle de l'enfant) =3 Autres=4	
52. Oui=1 Non=2	
53. Oui=1 Non=2	
54. Écorces d'arbre=1 ; Charbon de bois =2 ; Sel ou bicarbonate=3 ; Tissu (chiffon)mouillé =4 ; Aucun=5 ;	
55. Oui=1 Non=2	
56. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
57. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	
58. Oui=1 ; Non=2 ; Je ne sais pas=3	