

ETUDE DE LA CARIE DENTAIRE DANS LES ECOLES PRIMAIRES PUBLIQUES DEPENDANT DU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR DE DAKAR SENEGAL

C.M.LO* ; D.FAYE** ; F. GAYE** ; D.CISSE** ; A. A. YAM**

1 - INTRODUCTION

La carie dentaire est considérée comme le 4ème fléau mondial derrière les cancers, les maladies cardiovasculaires et le SIDA, par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) (5).

Dans la plupart des pays industrialisés, ces vingt dernières années se sont traduites par une réduction importante de la prévalence de la carie dentaire alors que dans les pays en développement, non seulement il n'y a pas eu de réduction mais on observe même une recrudescence du processus carieux.

Le déclin de la carie dans les pays industrialisés est essentiellement attribué à des programmes de prévention et d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Notre travail est donc destiné à déterminer la prévalence de la carie chez des enfants des cours d'initiation (CI) des écoles primaires publiques en vue de la mise en place d'un programme de prévention et d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

2 - MATERIELS ET METHODE

2.1 - Matériel humain

La population ciblée est l'ensemble des enfants scolarisés dans les 3 écoles primaires publiques dépendant du Centre de santé Nabil Choucair. Ce sont les enfants nés entre le 1er janvier 1993 et le 1er janvier 1994

2.2 - Matériel technique

Le matériel technique a été composé d'un plateau d'examen classique utilisé pour chaque enfant comprenant :

Service Odontologie Préventive et Sociale / Département Odonto-Stomatologie Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie - UCAD-DAKAR

* Assistant

** Maître Assistant

* miroir,

* sondes n° 8 et 17,

* précelles.

On a disposé en plus, de compresse, coton et d'alcool à 90°, ainsi que d'une fiche d'enquête bucco-dentaire de l'O.M.S. adaptée à notre objectif d'étude.

Seules les parties de la fiche comprenant le numéro d'identification et l'état des dents et le traitement nécessaire nous ont permis de collecter les données.

2.3 - Méthode

2.3.1 - Indicateur de mesure

L'indicateur de mesure utilisé est l'indice CAO moyen, calculé à partir du nombre total de dents cariée, absente et obturée, rapporté au nombre total d'enfants.

2.3.2 - Prévalence

Elle a été calculée sur la base du rapport entre le nombre d'enfants présentant au moins une dent CAO et le nombre total d'enfants.

La tranche d'âge de 6 à 7 ans utilisée correspond à l'âge d'entrée au CI (classe d'initiation) dans les établissements publics au Sénégal. C'est aussi l'âge d'éruption des premières molaires permanentes et donc l'âge de la denture mixte.

2.3.3 - Déroulement de l'enquête

Des correspondances ont été dans un premier temps envoyées aux directeurs d'écoles, au Maire de la commune. Puis dans un deuxième temps nous nous sommes rendus aussi bien chez le Maire pour lui expliquer les objectifs de notre étude que chez les directeurs d'écoles à qui nous avons expliqué les dispositions pratiques à prendre.

Notre enquête s'est déroulée entre le 17 mai et le 2 juin 2000. Les séances de dépistage bucco-dentaire se sont déroulées dans les 3 écoles ; l'enfant est examiné à l'aide d'un miroir et d'une sonde en vue de rechercher une cavitation, une dent absente ou une dent obturée. Dans chaque école, les enfants sont regroupés par classe et un

groupe d'enquêteurs de 6 étudiants en fin d'études dentaires divisé en 3 équipes de 2 effectue l'examen clinique. Les enquêteurs ont été au préalable calibrés.

2.3.4 - Examen clinique

L'examen buccal a été effectué par 2 enquêteurs: l'un faisant l'examen clinique et l'autre remplissant le questionnaire.

Dans le cadre de notre étude le diagnostic de carie a été fait pour toute dent présentant une cavité qui accroche la sonde n°8 ou 17.

2.4 - Plan d'analyse

Il a concerné :

- la description de notre échantillon en fonction de sa répartition selon l'atteinte carieuse, le sexe et le type de dent atteinte,
- le calcul de l'indice CAO moyen Les données ont été traitées par le logiciel épi info Version 6.

3 - RESULTATS

Calcul CAO et Prévalence

Prévalence

Nombre total d'enfants : 268

Enfants avec carie : 220

Enfants sans carie : 48

Prévalence : $220 / 268 = 82,09 \%$

CAO

Nombre total de dent caries : 820

Nombre total d'enfants avec carie : 220

CAO moyen / enfants = $860 / 220 = 3,93$

Figure 1 : Répartition de la population d'étude selon l'atteinte carieuse

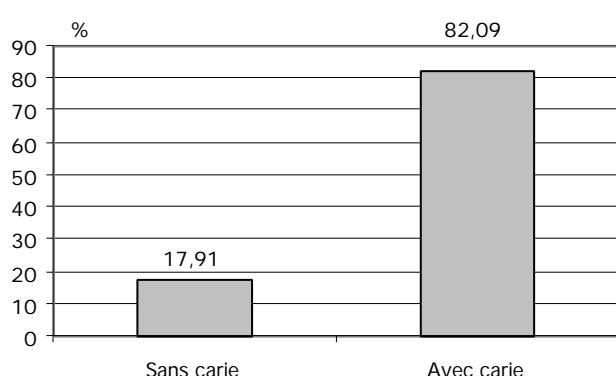


Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon le sexe

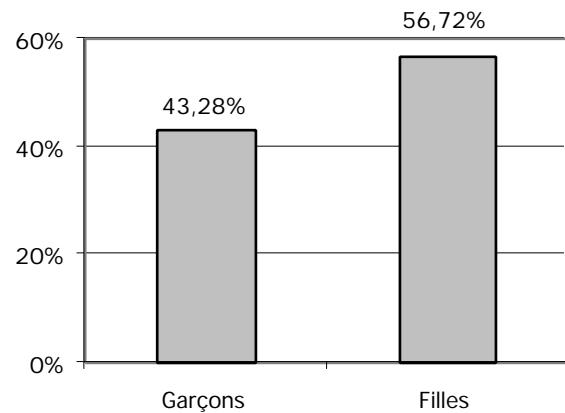


Figure 3 : Fréquence d'élèves indemnes de carie selon le sexe

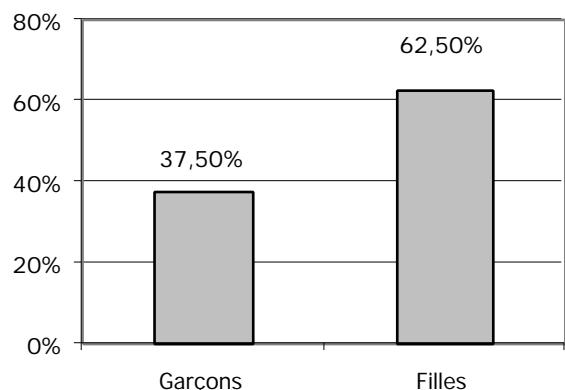
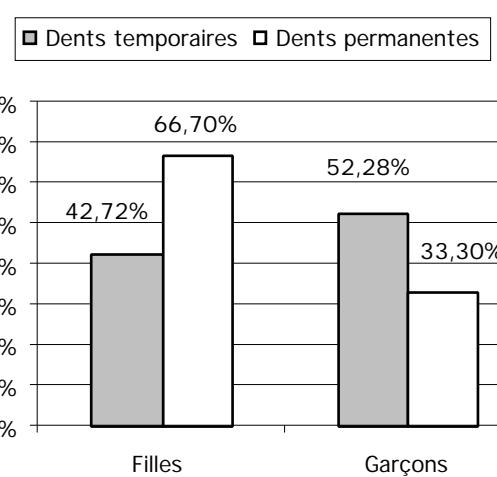


Figure 4 : Répartition de la carie dentaire selon le type de dent et le sexe



4 - DISCUSSIONS

Les tranches d'âges recommandés par l'O.M.S. pour l'étude de la prévalence de la carie sont de 5-6 ans, 12 ans, 15 ans pour les enfants, et 35-44 ans pour les adultes (1). Dans notre étude nous avons la tranche d'âge de 6-7 ans car dans notre pays les enfants vont en général à l'école à partir de cet âge.

Dans la définition des critères de sévérité d'après les niveaux d'atteinte carieuse par OMS, la prévalence est modérée si elle est située dans l'intervalle 2,7 (CAO (4,4 comme c'est le cas dans notre étude.

Les études de CISSE et al. (3) concernant la région de Dakar, en 1987 ont donné des résultats qui confortent les nôtres aujourd'hui. En effet on note une progression de la prévalence de la carie au sein de la population scolarisée.

Notre étude donne une prévalence de 82,09 % au sein de la population étudiée Mais il faut préciser que dans notre étude, l'indice utilisé est le CAO et la composante (A) n'a pas servi car les enfants sont en denture mixte et l'absence est souvent transitoire car due à une rhisalyse de la dent temporaire qui sera remplacée par la dent permanente.

La composante O aussi n'a pas été employée car ces enfants issus de milieu social défavorisé n'ont pas en général accès aux soins surtout à cet âge. Nos résultats donnent une composante C (nombre moyen de dents cariées) de 3,93 sur 24 dents présentes en bouche à cet âge, ce qui veut dire que chaque enfant a en moyenne 4 dents cariées sur 24.

En fonction du sexe nous avons constaté que 62,5 % des enfants indemnes de caries sont des filles. Cela peut s'expliquer par le fait que dans la tradition sénégalaise les parents s'occupent mieux des filles à cet âge et commencent à leur inculquer des notions d'hygiène et de coquetterie.

Cependant les filles ont 66,70 % de dents permanentes cariées contre 33,30 % chez les garçons. Ce qui peut s'expliquer par le fait que les dents des filles font leur éruption en bouche plus tôt que celle des garçons ; d'où une exposition plus longue au risque de carie. On note que les dents permanentes cariées représentent le 1/4 des

dents temporaires cariées. Ceci s'explique parce qu'à ce stade nous n'avons que 4 dents permanentes sur 24 en bouche.

L'atteinte des dents temporaires nous paraît moins grave que celle des dents permanentes car les dents temporaires vont s'exfolier pour laisser leur place aux dents permanentes devant les remplacer.

Les dents permanentes quant à elles doivent être prises en charge sinon l'évolution carieuse va conduire à leur extraction qui aura des conséquences néfastes sur l'évolution des arcades et de l'occlusion.

Les résultats de 2 enquêtes réalisées en 1987 et 1991 en France sur les écoliers de 6 à 15 ans ont montré une diminution importante de la carie à tous les âges tant au niveau des dents de lait que des dents permanentes. C'est l'utilisation de fluor sous diverses formes qui semble avoir joué un rôle déterminant (2, 4).

CONCLUSION

Notre étude montre que la carie dentaire continue encore de poser des problèmes chez les enfants scolarisés. D'où la nécessité de mettre en place des programmes de prévention et d'éducation. Un système de santé performant doit être plus qu'un système de soins, c'est aussi un système qui doit intégrer la prévention et la recherche.

Certaines recettes doivent être mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs de l'O.M.S. en 2010 qui sont entre autres :

- Avoir 90% des enfants indemnes de carie à 5-6 ans.
- L'atteinte de cet objectif peut être fondamental dans la réalisation des autres objectifs de l'OMS que sont :
 - CAOD = 1 maximum pour les enfants de 12 ans,
 - Pas de dents manquantes dues aux caries à 18 ans,
 - Pas plus de 5 % d'édentés entre 35 et 44 ans (dus à la carie),
 - Pas plus de 5 % d'édentés entre 65 et 74 ans (dus à la carie),

Ces recettes vont consister en :

- des mesures individuelles :
 - * dépistage systématique des enfants à l'école,
 - * éducation bucco-dentaire confiée aux instituteurs, l'école étant un lieu privilégié où l'enfant passe le 1/4 de son temps,

- * institution de soins précoce par consultation gratuite et obligatoire une ou deux fois par an.
- des mesures collectives :
 - * information généralisée de la prévention bucco-dentaire ;
 - * information sur les apports fluorés (sel, eau, etc).
 - une mise en place de la prévention de la carie dentaire par un effort certain des pouvoirs publics mais également par une implication des chirurgiens dentistes.

RESUME

Il s'agit d'une étude exhaustive d'observation et de prévalence portant sur une population de 268 enfants scolarisés en cours d'initiation (CI) des écoles primaires publiques dépendant du centre de santé Nabil Choucair.

82 % de ces enfants sont porteurs de caries avec un CAO moyen de 3,94.

Nos résultats suggèrent la nécessité d'une intervention préventive en vue d'atteindre les objectifs de «santé pour tous en l'an 2000» en matière de santé buccodentaire au Sénégal.

Mots clés : Prévention bucco-dentaire, caries, pays en développement, prévalence.

SUMMARY

It is a holi study of observation and prevalence concerning a population of 268 pupils in first degree of the primary schools depending on the health center Nabil Choucair. 82 % of these pupils have dental decay with DMFT equals 3,94. Our results suggest needs of preventive intervention on the intention to reach the objectives health for all by 2000 relatively to dental health in Senegal.

Key words : Dental prevention, dental decays, developing country, prevalence.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BIERRY MYRIAM

La prévention bucco-dentaire expérience d'un dépistage dans une école primaire.

Thèse chirurgie dentaire, Paris V, 1999 ; (425599).

2 - CAHEN P.M., TURBOT J.C., FRANK R.M., CLEMENT G., SECKLER G. Comparative study of oral conditions of school-children in Strasbourg, France 1974-1985.

Community dent - oral epidemiology, 1987 ; 15 : 211-15.

3 - CISSE D., YAM A. A., GUEYE M. M., NDIAYE ND., WONE I Etude de la carie dentaire en milieu urbain, suburbain et rural chez les

écoliers de la région de Dakar.

Dakar Med, 1993 ; (31) 27-31.

4 - FABIEN V. O. BRY MUSSET A. M., HEDELIN G., CAHEN P.M Caries prevalence and late fluororation among 9 years old. school children in Strasbourg, France, Community Dent Oral epidemiol, 1996 ; 24 : 408-411.

5 - YAM A. A. et coll

La carie dentaire: maladie infectieuse d'origine bactérienne.

Revue des connaissances actuelles. Journal dentaire du Québec, Sept 1997 ; 44 : 321.