

ETAT PARODONTAL ET ATTITUDE DE LA POPULATION RURALE FACE À LA SANTÉ BUCCO – DENTAIRE AU SÉNÉGAL.

PERIODONTAL HEALTH AND ATTITUDE OF THE RURAL POPULATION IN SENEGAL TO ORAL HEALTH.

FAYE D¹, KANOUTÉ A², LO CHEIKH AM³, TOURÉ A⁴

1- Faye Daouda : Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique,

Chef du service de Santé Publique du Département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'Université de Dakar.

2- Kanouté Aïda : Assistante au service de santé publique du département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'Université de Dakar.

3- Lo Cheikh Akhmadou Mbacké : Maître de Conférences Agrégé en Santé publique, service de santé publique au département d'odontologie (FMPO)

4- Touré Abdrahmane : Chirurgien-dentiste de santé publique à Dakar.

Correspondance : Daouda Faye

Adresse mail : daouda_faye2004@yahoo.fr / Téléphone : 00221 776383408

Adresse postale : BP 5603, Avenue Cheikh Anta Diop – Dakar – Fann.

RÉSUMÉ

Introduction : L'étude avait pour objectif d'évaluer l'état parodontal et d'analyser l'attitude de la population rurale face à la santé orale.

Méthodes : Une enquête descriptive, transversale et analytique portant sur 2254 personnes vivant en zone rurale a été réalisée. Au total 160 personnes par région sur les 14 que compte le Sénégal ont fait l'objet d'une enquête, ce qui fait un total de 2254 personnes.

Résultats : La fréquence des maladies parodontale est élevée avec 96,5% de la population qui présente un état parodontal non satisfaisant. La pâte dentifrice fluorée inaccessible, indisponible, est souvent remplacée par le bâtonnet frotte dent (92%). Les services dentaires sont localisés pour au moins 52% de la population à plus de 50 kilomètres des lieux d'habitation. Les soins coutent chers pour plus de 75% de la population qui préfèrent pratiquer l'automédication ou la consultation chez le guérisseur traditionnel.

Discussion : La distance joue un rôle négatif dans l'accès aux soins car les personnes habitant à moins de 50 kilomètres ont 2 fois plus de chance de fréquenter les structures dentaires ; il en est de même pour l'âge car la tranche d'âge de 18 à 35 ans a une propension de fréquenter le cabinet dentaire de 39% plus faible que les autres.

Conclusion : Une politique de santé bucco – dentaire orientée en zone rurale est une nécessité avec l'intégration d'indicateurs comme la disponibilité et l'accessibilité aux pâtes dentifrices fluorées. La création d'un paquet minimum de service tel que le traitement médical des urgences, la formation sur les méthodes de prévention telle que le brossage dentaire, la sensibilisation auprès des jeunes est devenue une nécessité.

MOTS CLÉS : ETAT PARODONTAL, ATTITUDE, ZONE RURALE, SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, SÉNÉGAL.

ABSTRACT

Introduction: The objective of the study was to evaluate the oral health of the rural population and to analyze their attitude to oral health.

Methods: We carried out a descriptive, cross-sectional and analytical survey on 2,254 people living in rural areas. Senegal has 14 similar regions in terms of the size of the rural population. In each region, 160 people were surveyed, for a total of 2,254 people.

Results: The frequency of oral diseases is high, and fluoride toothpaste, which is inaccessible and unavailable, is often replaced by the chew stick. Dental services are located more than 50 kilometers from the homes (52%). Care is expensive for more than 75% of the population who prefer to self-medicate or visit the traditional healer.

Discussion : Distance plays a negative role in access to care because people living less than 50 kilometers away are twice as likely to attend dental care facilities; this also applies to age with the age group 18-35 years 39% less likely to attend a dental clinic compared with other age groups.

Conclusion: An oral health policy focused on rural areas is necessary with the integration of indicators such as the availability and accessibility of fluoride toothpaste, the creation of a minimum service package, and youth outreach.

KEYWORDS: PERIODONTAL HEALTH, ATTITUDE, RURAL AREA, ORAL HEALTH, SENEGAL.

INTRODUCTION

Les affections bucco-dentaires ne sont pas nécessairement mortelles mais elles constituent un grave problème de santé publique en raison de leur prévalence élevée, de leur gravité, de la demande publique des services due à leur impact sur l'individu et la société. Selon l'OMS, au moins 80% de la population mondiale souffrent de pathologies bucco-dentaires dont 80% vivent dans les pays en développement comme l'Afrique ^[1]. Ces pathologies bucco-dentaires sont surtout liées aux conditions socio-économiques difficiles, dans les couches sociales défavorisées. Les maladies parodontales font partie des plus fréquentes surtout en zone rurale confrontée à des problèmes de disponibilité et d'accessibilité des moyens de prévention ainsi qu'au déficit voire l'absence de structures de soins. La lutte contre ces maladies parodontales contribue nettement à l'amélioration de la qualité de vie des populations ^[2]. Elle obéit à une organisation sous forme pyramidale à 3 niveaux : central, intermédiaire (régional) et opérationnel. Le 3^{ème} niveau, opérationnel est constitué des centres, des postes et des cases de santé ^[3]. Ces derniers assurent la prise en charge des populations rurales et sont dépourvues de services de santé bucco-dentaire surtout implantés au niveau des hôpitaux nationaux, régionaux et des centres de santé localisés en milieu urbain. Ce déficit voire l'absence de structure en zone rurale pose le problème de la prise en charge de ces pathologies et influe fortement sur le comportement de la population dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

L'étude a pour objectif d'évaluer l'état parodontal et d'analyser l'attitude de la population rurale face à la santé orale.

MÉTHODOLOGIE

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et analytique portant sur une population rurale au Sénégal.

Elle s'est déroulée du 15 mars au 15 décembre 2012 soit pendant 9 mois.

ECHANTILLONNAGE

La détermination de la taille de l'échantillon a procédé à un calcul suivant la formule de Schwartz : $n = (\epsilon \alpha)^2 pq / i^2$. Ces paramètres ont permis d'avoir une taille de 384 individus.

Pour avoir des résultats plus précis, nous avons porté la taille de l'échantillon à 400 individus. Afin d'atténuer l'effet grappe en ce qui concerne le sexe, la taille de l'échantillon a été multipliée par 2,5, ce qui donne 1000 individus; quant à l'âge des patients, la taille de l'échantillon a été multipliée par 3. Au total, la taille de l'échantillon s'élevait à 2200 personnes pour atténuer l'effet grappe. Pour parer aux éventuelles pertes de fiches, nous l'avons portée à 2254, ce qui constitue la taille globale de notre échantillon.

Le Sénégal compte 14 régions semblables sur le plan de la taille de la population rurale selon l'Agence Nationale de la Démographie et des Statistiques ^[4] en 2011. C'est pourquoi, dans chaque région, 160 personnes ont fait l'objet d'une enquête, ce qui fait un total de 2254 personnes.

CRITÈRES DE SÉLECTION

L'étude a porté sur des adultes des 2 sexes, âgés de 18 ans au moins et vivant dans les localités rurales choisies.

Toute personne présente dans la localité d'une manière passagère et/ou toute personne vivant dans la localité et âgée de moins de 18 ans n'est pas incluse dans l'étude.

COLLECTE DES DONNÉES

Le recueil des données a été réalisé par 3 équipes composées chacune de 2 chirurgiens-dentistes et d'un étudiant en année de thèse. Le questionnaire a été administré directement. Pour la détermination de l'état parodontal, le Community Periodontal Index of Treatment Need (CPITN) a été utilisé.

PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

Le logiciel épi info version 3.4 a permis de faire le recensement des données. Les logiciels Word, Excel, SPSS ont été utilisés pour l'analyse des données et les présentations tabulaires. Les résultats étaient exprimés en effectif (n) et pourcentage (%) pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives. La comparaison des proportions était faite par le test du khi-2. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$. Un autre test qui dépend du khi-2 a été utilisé : il s'agit du Phi de Guildford. Il mesure l'intensité du lien entre deux variables. Si $\Phi = 0$, il n'y a pas de lien entre les deux variables. Si $\Phi = 1$, le lien qui existe est parfait. Plus la relation entre les deux variables est forte, plus le Phi est proche de 1.

RÉSULTATS

RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Caractéristiques sociodémographiques

L'étude a porté sur une population de 2254 patients, constituée de 35,2% d'hommes et de 64,8% de femmes, le sex-ratio est de 0,54.

La tranche d'âge la plus représentée a concerné celle de 18 à 35 ans avec 51,2%, celle de 36-65 ans a été de 39,2% et 9,6% pour les plus de 65 ans.

La majeure partie de la population (66,4%) a été constituée de paysans, 11% de cadres moyens et 22,6% du secteur informel.

Plus de la moitié de la population (52%) vit à plus de 50 kilomètres d'une structure dentaire.

Etat parodontal

Seuls 3,2% ont présenté un état parodontal satisfaisant. La moitié (49,6%) de la population était atteinte de poches parodontales profondes ; cependant 12,8% avait du tartre et 2,4% présentait un saignement gingival.

Comportement de la population

Réaction face à un problème parodontal

Seuls 13,6% des sujets disent avoir consulté le chirurgien-dentiste en cas de problème bucco-dentaire; 41,6% avaient recours à l'automédication, 24% avaient sollicité le guérisseur traditionnel et 20,8% attendaient la guérison de façon naturelle.

Utilisation des moyens de prévention

- Brossage des dents avec une pâte dentifrice

Plus de la moitié de la population (52,8%) ne s'était jamais brossée les dents avec une pâte dentifrice.

- Utilisation d'un bâtonnet frotte dent

92% de la population utilisaient le bâtonnet frotte-dent; 53,6% le faisaient au plus 2 fois par jour.

RÉSULTATS ANALYTIQUES

Les 18 à 35 ans ont un odd ratio (aller dans un cabinet dentaire) de 0,61 fois plus petit que les autres tranches d'âge. Autrement dit, les plus jeunes avaient une propension à aller au cabinet dentaire plus faible de 39% que les autres tranches d'âge (tableau I).

Tableau I. Consultation au cabinet dentaire / tranche d'âge

		Tranche d'âge (ans)			Total
		[18-35]	[36-65]	[66 et plus]	
Consultation au cabinet dentaire	Oui	127	145	36	308
	Non	1027	739	180	946
Total		1154	884	216	2254

Tranche d'âge: $\text{Khi-2} = 14,25$ $p = 0,001$

La probabilité de ne pas aller chez le dentiste est de 0,67 quand la localité est distante de plus de 50 kilomètres (tableau II).

Tableau II. Consultation au cabinet dentaire / distance localité – services

		Distance cabinet dentaire		Total
		- 50km	+ 50km	
		Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Patient qui va au cabinet dentaire	Oui	469 (43,3%)	271 (23,1%)	740 (32,8%)
	Non	613 (56,7%)	901 (76,9%)	1514 (67,2%)
Total		1082 (100,0%)	1172 (100,0%)	2254 (100,0%)

Distance localité / structure: $\text{Khi} - 2 = 104,54$;
 $p = 0,000$; $\text{Phi} = 0,21$

Odds Ratio pour distance (- 50km / + 50km) = 2,54 ;
IC (2,1 - 3, 0)

DISCUSSION

LIMITES DE L'ÉTUDE

L'éloignement des sites d'enquêtes a été un réel problème et a causé des dépenses importantes liées au carburant mais aussi une fatigue due à des pistes dégradées. De plus, la distance entre les villages nous a aussi fait perdre beaucoup de temps. Dans les villages, pendant la journée, la majeure partie des hommes sont préoccupés par les travaux champêtres, la pêche, l'élevage, ce qui constitue un biais en ce qui concerne la présence des hommes dans notre échantillon. Par ailleurs, la traduction du questionnaire sur les langues locales a causé un problème par rapport à la compréhension des variables étudiées.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Notre échantillon d'étude est composé de 64,8% de femmes contre 35,2% d'hommes soit un sex-ratio de 0,54. Il apparaît différent de celui trouvé au niveau des statistiques nationales sénégalaises : 50,8% de femmes et 49,2% d'hommes, selon l'Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie [4]. Nos résultats sont cependant comparables à ceux rapportés par Diène qui a effectué une étude dans la zone rurale du dé-

partement de Thiès au Sénégal (62% de femmes contre 48% d'hommes) ^[5]. La prédominance des femmes en milieu rural est due en partie au déficit d'investissements et aux conditions socioéconomiques défavorables, ce qui pousse les hommes, en Afrique, à migrer vers la ville pour chercher des conditions de vie meilleures. Cet exode rural touche plus les hommes que les femmes et s'explique par la pauvreté des ménages en zone rurale ^[6].

La tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus représentée dans notre étude (51,2%). En effet, la population de notre échantillon est en majorité jeune comme c'est le cas au niveau national. Selon l'agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (ANSD) en 2011, 42,8% des Sénégalais avaient moins de 15 ans, 54,7% moins de 20 ans alors que 3,5% seulement avaient 65 ans et plus ^[4]. Ces population jeune fréquente moins (39%) les cabinets dentaires que les autres tranches d'âge (tableau I). Les jeunes attacheraient moins d'importance à leur état de santé que les personnes âgées. Et pourtant, c'est dès le jeune âge que la prévention et la prise en charge précoce des maladies doivent démarrer. La mise en place de stratégies basées sur la sensibilisation et la formation des jeunes participera sans nul doute à l'amélioration de la santé des personnes âgées.

Les localités sont très éloignées des structures de soins bucco-dentaires, contrairement en zone urbaine où selon Diène ^[5], 76% de la population vivent à moins de 5 kilomètres des services dentaires. L'accès à ces derniers intègre, non seulement, le coût de la consultation mais aussi toutes les autres dépenses liées aux soins, aux médicaments, aux examens complémentaires et au transport. Ces paramètres sont des obstacles à l'accessibilité aux soins par une frange de la population souvent démunie. L'accès aux services de soins est aussi influencé par la distance (tableau II). Les personnes qui vivent à plus de 50 kilomètres des structures ont 2,5 fois moins de chance de consulter ces services que les autres (OR =2,5). L'étude a montré que, plus la structure est distante des localités, moins la population consulte. C'est également le cas au Cameroun où 30,7% de la population rurale ne consultent pas les services dentaires à cause de leur éloignement ^[10].

ETAT PARODONTAL

La prévalence des maladies parodontales est élevée. En effet, 96,5% a un état parodontal non satisfaisant. De plus, près de la moitié (49,6%)

de l'échantillon présente une poche parodontale profonde. Ce pourcentage élevé indique la sévérité de la pathologie en zone rurale. En Afrique, l'inaccessibilité des moyens de prévention comme la pâte dentifrice fluorée contribuent à augmenter la prévalence des maladies parodontales ^[2]. C'est ainsi qu'au Maroc, en République démocratique du Congo, au Botswana et au Ghana, ces pathologies en zone rurale représentent respectivement 88,8%, 88%, 98% et 33%, en Inde ces pathologies tournent autour de 95 à 100% ^[8]. Contrairement, en Europe, les poches parodontales profondes sont moins sévères et représentent 7% chez les Britanniques, 10% chez les Hollandais et 8% chez les Suédois ^[9]. Le taux élevé de la prévalence des affections parodontales en Afrique est directement lié à la mauvaise hygiène buccale, à un manque d'information sur la santé bucco-dentaire, à une absence de motivation des patients et au manque de personnel dentaire qualifié ^[3].

ATTITUDE DE LA POPULATION EN CAS DE MALADIE PARODONTALE

En cas de maladie parodontale, la population en zone rurale sollicitait peu le personnel dentaire (13,6%), plutôt le tradipraticien (24%), avait surtout recours à l'automédication (41,6%) ou bien attendaient passivement la guérison (20,8%).

L'éloignement des services de soins bucco-dentaires est une des causes de la faiblesse du pourcentage de personnes qui consultent les praticiens dentaires ^[10]. C'est une des raisons qui poussent la population à se tourner vers les guérisseurs traditionnels (tradipraticiens) ou l'automédication. Ces pratiques, considérées comme néfastes dans la plupart des cas, constituent des facteurs d'aggravation de ces maladies parodontales ^[11].

UTILISATION DES MOYENS DE PRÉVENTION

En plus de l'inaccessibilité de la pâte dentifrice en zone rurale, plus de la moitié de la population (52,8%) ne se brossent pas les dents. L'absence de brossage favorise la survenue des maladies bucco-dentaires contribuant ainsi à augmenter leur prévalence. Par ailleurs, la proportion de la population utilisant quotidiennement le bâtonnet frotte dent est très élevée. Pourtant, les maladies bucco-dentaires restent fréquentes. Il est donc nécessaire de revoir la méthode d'utilisation du bâtonnet frotte dent au sein de la population. En effet, ce moyen de prévention répond aux exigences des méthodes de brossage. Elle devrait se faire après chaque repas, de la gencive vers la dent, suivi d'un rinçage à l'eau.

Le bâtonnet est mâchonné à une extrémité pour dilacérer les fibres. Cette sorte de pinceau est frottée sur les dents et la gencive. Il est important en Afrique, non seulement de préconiser l'utilisation du bâtonnet frotte dent en zone rurale mais aussi de divulguer sa méthode d'utilisation au niveau de la population afin que ce moyen de prévention à la fois accessible et disponible, participe à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire.

CONCLUSION

La prévalence des maladies parodontales est très élevée en zone rurale. En Afrique, les causes sont principalement liées à la distance séparant les localités aux services bucco-dentaires, aux difficultés financières d'accès aux soins, à la non disponibilité et à l'inaccessibilité de la pâte dentifrice fluorée, à la méconnaissance de la méthode d'utilisation des moyens de prévention due à l'indisponibilité de l'information sanitaire bucco-dentaire en zone rurale. Pour améliorer la santé bucco-dentaire en zone rurale, les efforts devront être orientés sur l'application des stratégies de l'OMS proposées aux pays africains.

RÉFÉRENCES

- 1- OMS. Bulletin d'information du bureau de l'Organisation mondiale de la Santé au Maroc; 2007, n° 5.
- 2- PETERSEN P E., BOURGEOIS D., OGAWA H., ESTUPINAN-DAY S., NDIAYE C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World health Organ*; 2005, 83: 661-669.
- 3- HOBDELL MH, OLIVEIRA ER., BAUTISTA R. MYBURGH NG. Oral diseases and socio-economic status (SES). *Br Dent J*; 2003, 194: 91 – 6.
- 4- REPUBLIQUE DU SENEGAL ; MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. Situation économique et sociale du Sénégal ; Dakar, 2011 ; p 28 – 41, 45p.
- 5- DIENE B. Étude de l'accessibilité des soins bucco-dentaires chez les populations du département de Thiès. *Thèse Chir. Dent. Dakar*, 2005 ; n°02.
- 6- HARPREET GREWAL, MAHESH VERMA, ASHOK KUMAR. Prevalence of dental caries and treatment needs amongst the school children of three educational zones of urban Delhi, India. *Indian J Dent Res*, 2009 ; 22 (4) :517-9.
- 7- PELLUSSIER P. Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance ; Dakar -Paris; 2008, 37 p.
- 8- KUMAR, M. VIRDI, K. VEERESHA, V. BANSAL. Oral health status & treatment needs of rural population of Ambala, Haryana, India. *The Int Journ Epidem Mumbai* ; 2010, vol 8 n° 2.
- 9- PATRICK. B., M., ABJEAN, J.F. MICHEL Questions d'Internat en Parodontologie : Question n° 129 groupes et sujets à risque : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/qip129.htm. Consulté le 24/02/2012 à16:15.
- 10- LO.C.M., CISSE.D., FAYE D. ET AL. Les dépenses en soins bucco-dentaires des populations Sénégalaises. *Rev col odonto-stomatol Afr Chir Maxillo-Fac*, 2011, 18(1) : 25-28.
- 11- INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ; études et résultats, Paris, 2011 ; N°764.