

Regard sur la santé des jeunes

GÉNÉRATION SOURIRE

Une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut



Pour 60 % des jeunes Hainuyers interrogés, la qualité de leur sourire est importante et pour un tiers d'entre eux, elle est même très importante. De plus, 95 % des jeunes interrogés sont d'accord avec l'affirmation que "pour avoir un beau sourire, il est important d'avoir des dents en bonne santé". La santé bucco-dentaire contribue ainsi au bien-être mais elle entretient également d'étroites relations avec la santé générale.

Il est difficile d'attribuer strictement l'impact de l'un ou l'autre élément des comportements de santé dans les problèmes de santé bucco-dentaire même les plus fréquents comme la carie. Il paraît cependant évident que les éléments qui ont le plus contribué à l'amélioration de la santé

dentaire ces dernières années sont le brossage des dents régulier (plusieurs fois par jour) et l'utilisation de pâte dentaire fluorée (WHO, 2003) et que ceux qui contribuent le plus à sa détérioration dans certains groupes de personnes sont d'une part la consommation fréquente d'aliments acidogènes (ou de boissons acides) en dehors des repas, et d'autre part l'exclusion sociale qui contribue au report des soins dentaires et à l'aggravation des lésions existantes. La présente étude s'est attachée à mettre ces facteurs en évidence.



Elle répond à la demande des dentistes et des équipes de promotion de la santé dans les écoles (PSE) qui tirent la sonnette d'alarme face au mauvais état de santé

bucco-dentaire et plus généralement par rapport à la dégradation des habitudes d'hygiène de toute une partie de la population.

Les jeunes qui devraient être les bénéficiaires primaires de cette analyse sont insuffisamment conscients de l'importance d'une bonne hygiène et d'une bonne santé bucco-dentaire. En effet, 40 % des jeunes interrogés estiment que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé et seuls 51 % des garçons et 38 % des filles sont conscients qu'avoir des problèmes dentaires peut provoquer d'autres problèmes de santé.

Par ailleurs, il est évident que la santé des dents dans l'enfance et l'adolescence détermine la santé des dents pour toute la vie et même la santé générale.

C'est pourquoi, l'objectif général de l'enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut a été de fournir des informations qui permettront d'améliorer l'offre en matière de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire dans le public jeune en Belgique.

Sommaire

Méthodologie
Bilan des caries
Traumatismes
Orthodontie
Hygiène orale
Soins dentaires
Les sodas, les snacks sucrés et l'eau
Discussion et propositions

L'enquête a été menée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) en collaboration avec la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD), le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV). Elle a été financée par la Province du Hainaut et a reçu un soutien de la Communauté française.

L'enquête a comporté trois modules :

- ▶ un questionnaire auto-administré portant, d'une part, sur les comportements de santé en général et de santé bucco-dentaire en particulier et, d'autre part, sur les connaissances et représentations relatives à différents thèmes de santé ;
- ▶ un examen de bouche réalisé par des dentistes formés et expérimentés ;
- ▶ un questionnaire sur l'offre alimentaire à l'école rempli par le professeur qui accompagne la classe le jour de la visite médicale.

Le protocole de l'examen dentaire et la partie spécifique du questionnaire ont été conçus sur base du protocole recommandé par l'OMS (WHO, 1999).

avec le soutien de la
Communauté française



L'étude sur la santé bucco-dentaire des jeunes Hainuyers est une étude transversale réalisée au cours de l'année scolaire 2005-2006.

Elle résulte d'une collaboration entre l'Observatoire de la Santé du Hainaut, le réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV) et la Fondation pour la Santé Dentaire. Elle a été financée par la Province du Hainaut et a reçu un soutien de la Communauté française.

Cette étude s'intègre dans le processus des enquêtes du réseau CSSV et en suit donc le protocole de base (OSH, 2001). Pour cette enquête, 19 centres de santé scolaires ont posé leur candidature.

1 248 jeunes issus de 47 écoles différentes et de 80 classes de 6^{ème} primaire, de 2^{ème} secondaire et de 4^{ème}/5^{ème} secondaire, provenant des différents réseaux et filières d'enseignement et représentatifs de l'ensemble des jeunes du Hainaut, ont été interrogés au travers d'un questionnaire auto-administré portant sur les habitudes de vie, les connaissances et les représentations relatives à différents thèmes de santé. Cette enquête s'est déroulée au centre de santé scolaire, le jour de la visite médicale. Parmi les élèves interrogés, 1 180 ont été examinés (bilan carieux, indices orthodontiques et d'hygiène buccale) par 5 dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire, formés à suivre la méthode d'examen proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour ce type d'enquête. Les dentistes étaient aidés pour la saisie des informations recueillies par une infirmière de l'OSH. Les données récoltées ont été immédiatement anonymisées.

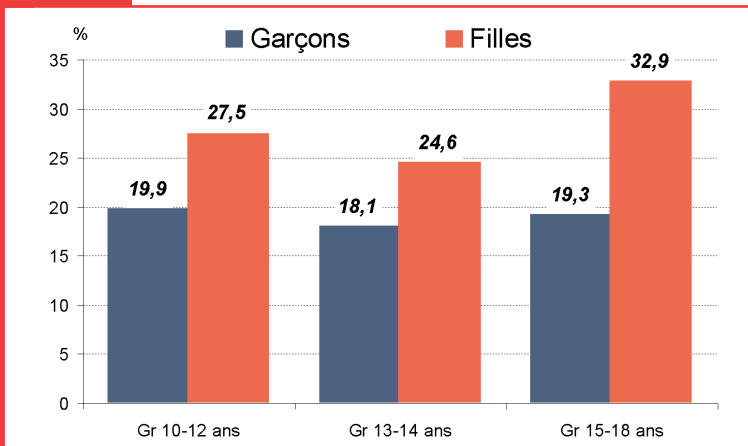
Le temps maximum imposé de l'examen de bouche était d'environ 10 minutes en moyenne par élève puisque l'ensemble des enfants devait être examiné pendant le déroulement de la visite médicale classique. Cette contrainte a guidé le choix des indices les plus pertinents à récolter dans le cadre d'une étude épidémiologique (les objectifs sont donc clairement différents de ceux d'un examen dentaire individuel).

Le matériel utilisé consistait en un fauteuil dentaire transportable, un éclairage frontal LED (23000 lux) conçu à cet effet. Le dentiste utilisait un masque et des gants en matière synthétique non allergisante à usage unique. Chaque dentiste disposait d'un set d'instruments composé de miroirs plans et d'une sonde parodontale OMS stérilisés sous sachet individuel selon les normes en usage en cabinet (autoclave ou chemiclave).

Les dents pouvaient être séchées à l'air comprimé (compresseur transportable et embouts à usage unique).

BILAN DES CARIES

Figure 1 : Proportion de jeunes qui ont eu mal aux dents ou aux gencives au cours des 3 mois précédant l'enquête



Quelle que soit la tranche d'âges (10-12, 13-14 et 15-18 ans), en moyenne 19% des garçons ont eu au moins une fois mal aux dents ou aux gencives durant les trois mois précédant l'enquête.

Chez les filles, les proportions sont plus élevées : 27,5 % des Hainuyères de 10-12 ans et 24,6 % des filles de 13-14 ans ont eu mal aux dents ou aux gencives au cours de la période considérée. Ce pourcentage grimpe même jusqu'à 33% pour le groupe des 15-18 ans.

Figure 2 : Proportion de jeunes qui éprouvent des douleurs persistantes

10,5 % des garçons de 10-12 ans et 11,5 % des garçons de 13-14 ans éprouvent toujours ces douleurs au moment de l'enquête. Ces pourcentages sont nettement plus élevés pour les filles avec 21,4 % pour le groupe des 10-12 ans et 16,7 % pour celui des 15-18 ans.

L'écart le plus marqué est cependant celui relatif au groupe des jeunes de 15-18 ans pour lesquels les douleurs persistent chez 6,2 % des garçons et chez 24,4 % des filles.

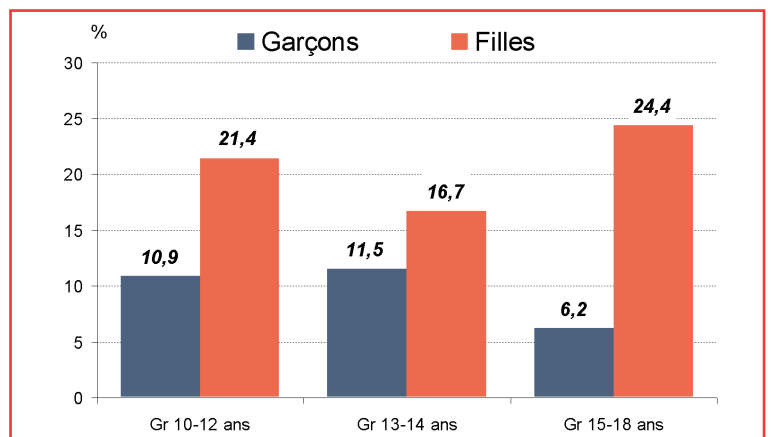
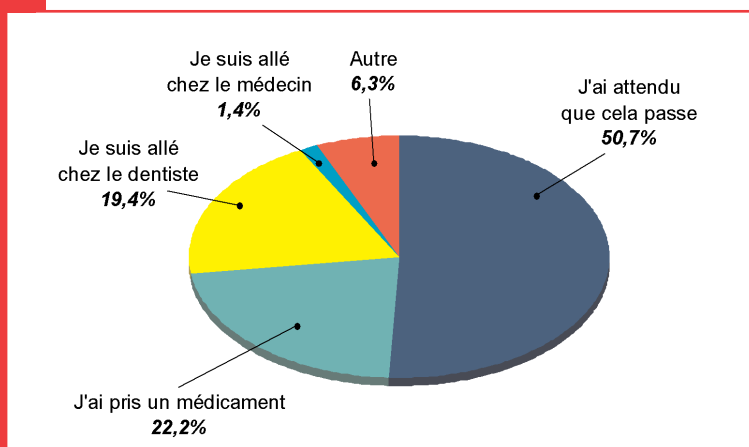


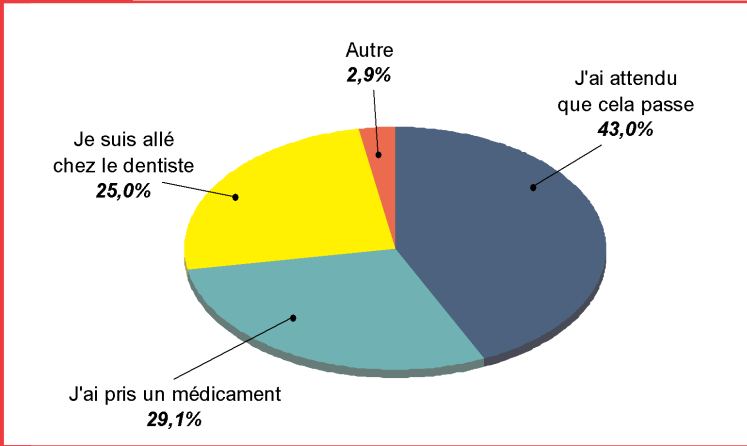
Figure 3a : Réaction des jeunes garçons face à un mal de dents



À la question "qu'as-tu fait face à ce mal de dents ?", 50,7 % des garçons répondent qu'ils n'ont rien fait, 22 % ont pris un médicament, 1,4 % se sont rendus chez le médecin généraliste et 19,4 % ont consulté un dentiste, soit seulement un garçon sur cinq.

BILAN DES CARIES

Figure 3b : Réaction des jeunes filles face à un mal de dents



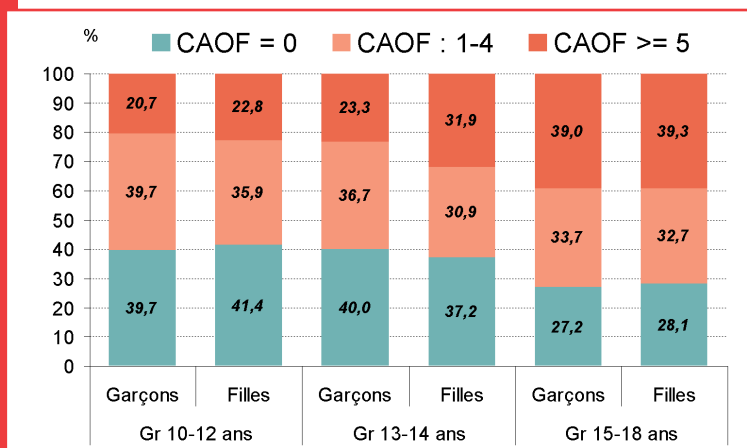
L'attitude des filles face à un mal de dents est légèrement différente : 43 % d'entre elles ont attendu que la mal passe, 29 % ont pris un médicament et 25 % ont consulté un dentiste, soit une fille sur 4.

Les résultats ci-dessus révèlent qu'un quart des jeunes Hainuyers ont déclaré avoir eu mal aux dents. Cependant, ces chiffres ne reflètent pas l'état réel de leur santé bucco-dentaire. L'examen de bouche réalisé au cours de l'étude montre en effet que la situation est beaucoup plus grave.

Résultats de l'examen dentaire

L'état des dents a été caractérisé via l'utilisation de l'indice CAOOF (C pour carie, A pour absence par extraction et O pour obturations, par face dentaire) qui totalise le nombre de faces de dents cariées, obturées ou extraites pour caries. Au total, pour les 28 dents examinées (les dents de sagesse et les dents de lait ne sont pas prises en compte), on dénombre 128 faces de dents. L'indice CAOOF donne une idée de la gravité des caries car il distingue les dents légèrement atteintes (une seule face cariée) des dents plus gravement atteintes (plusieurs faces cariées).

Figure 4 : Caries : répartition des jeunes par catégorie de score CAOOF



Dans le groupe des 10-12 ans, 40 % des enfants sont indemnes de carie dentaire. Cette proportion descend à 38 % chez les 13-14 ans et à 28 % chez les 15-18 ans. Corollairement, 60 % des jeunes de 10-12 ans, 62 % des 13-14 ans et 72 % des 15-18 ans ont déjà eu des dents cariées ou obturées ou extraites. Chez les plus jeunes, 22 % ont déjà plus de 5 faces dentaires cariées ou obturées ou absentes. À 13-14 ans, ils sont 28 % et à 15-18 ans, ils sont 39 %.

BILAN DES CARIÉS

Quelques données issues de la littérature permettent d'affirmer que la situation du Hainaut est nettement moins bonne que dans la plupart des études européennes ou nord américaines examinées. En effet, Brodeur rapporte que fin des années 90 ; la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est de 56 % au Royaume-Uni, de 50 % aux Etats-Unis et en Suède est de 36 %. En Flandre, en 2001 (De Clerck, 2002) 67 % des enfants de 12 ans étaient indemnes de carie.

Tableau 1 : Valeur moyenne de l'indice CAOOF et de ses composantes par groupe d'âge et par sexe

	10 - 12 ans		13 - 14 ans		15 à 18 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Nombre de faces cariées	1,31	1,59	1,48	2,19	2,25	1,29
Nombre de faces obturées non cariées	1,21	1,10	1,41	1,81	2,54	2,85
Nombre de faces absentes pour caries	0,00	0,03	0,24	0,21	0,33	0,51
Indice CAOOF	2,51	2,72	3,13	4,20	5,11	4,65

En moyenne, l'indice CAOOF est de 2,51 chez les garçons de 10 à 12 ans et 2,72 chez les filles du même âge. Par comparaison, en Flandre, en 2001 (De Clerck, 2002) le CAOOF moyen était de 1.48 pour les enfants de 12 ans.

Dans le groupe des 13-14 ans, le CAOOF moyen est respectivement de 3,13 pour les garçons et 4,20 pour les filles. A 16 ans, la tendance semble s'inverser avec un indice de 5,11 chez les garçons et 4,65 chez les filles. L'augmentation en fonction de l'âge est très significative mais pas la différence entre les filles et les garçons.

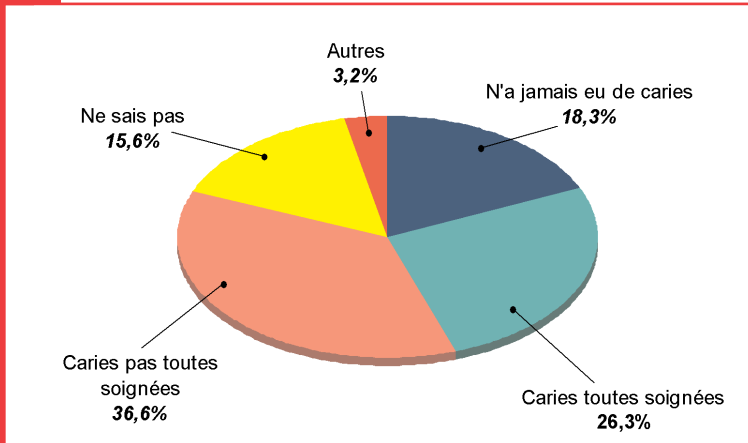
En particulier, l'indice CAOOF moyen est inférieur à 3 chez les 10-12 ans. Ce seuil avait été fixé comme objectif à atteindre en 2000 par l'OMS (WHO, 2003) pour tous les enfants de 12 ans au niveau mondial. La situation hainuyère est donc insatisfaisante car derrière ce chiffre apparemment clément se cachent deux éléments : le groupe des "12 ans" a un âge moyen de 11,6 ans d'une part (donc un peu moins de 12 ans) et d'autre part, derrière cette moyenne se cache le fait que 20 % des jeunes de ce groupe ont un indice CAOOF égal ou supérieur à 5, hauteur considérée comme seuil de gravité (Brodeur, 1998). Dans les groupes de 13 et 16 ans, ils sont 28 % et 39 % à dépasser ce seuil.

BILAN DES CARIES

La perception des jeunes

Le fait que le jeune ne souffre pas nécessairement d'une carie lui donne une perception erronée de sa santé bucco-dentaire.

Figure 5 : Déclaration des jeunes alors que l'examen a révélé la présence de caries actives toutes non soignées

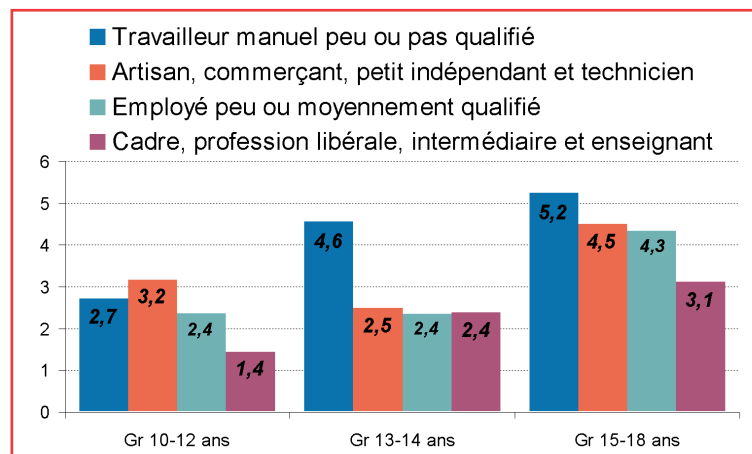


En effet, parmi les jeunes pour lesquels l'examen a révélé la présence de caries actives toutes non soignées, 15,6 % ne savent pas s'ils ont des caries ou non, 36,6 % pensent qu'une partie de leurs caries sont soignées, 26,3 % pensent que toutes leurs caries sont soignées et 18,3 % pensent même qu'ils n'ont jamais eu de caries.

La perception des jeunes

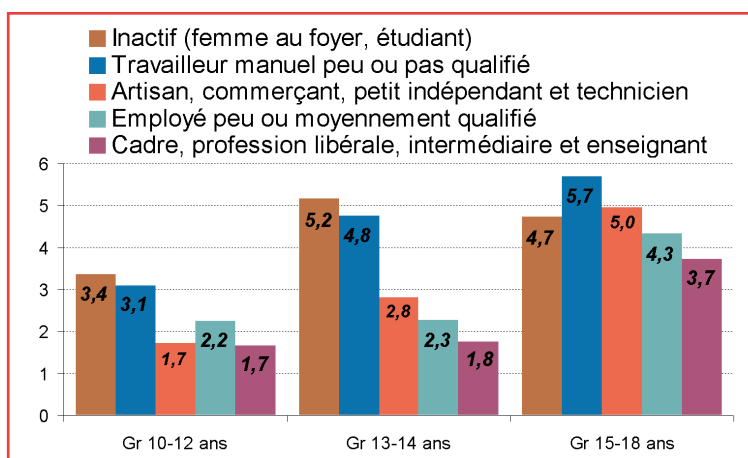
Les données récoltées via le questionnaire sur la situation sociale et familiale des jeunes interrogés confirment l'hypothèse d'un lien important avec la santé dentaire.

Figure 6a : Indice CAOOF moyen en fonction du type d'emploi du père



BILAN DES CARIES

Figure 6b : Indice CAOOF moyen en fonction du type d'emploi de la mère



Le lien avec les conditions socio-économiques est confirmé sans surprise. Le simple fait de travailler, tant pour la mère que pour le père, apparaît comme un facteur associé à un indice CAOOF plus bas.

L'analyse a également mis en évidence un gradient en fonction du type de profession des parents. En effet, les jeunes dont le père est travailleur manuel peu ou pas qualifié ont un CAOOF moyen de 4,17 contre 2,31 pour les jeunes dont le père est cadre, enseignant ou exerce une profession libérale. Par rapport à l'activité de la mère, les différences sont semblables : le CAOOF moyen des jeunes dont la mère est inactive (femme au foyer ou étudiante) est de 4,42 contre 2,38 pour ceux dont la mère est cadre, enseignante ou exerce une profession libérale.

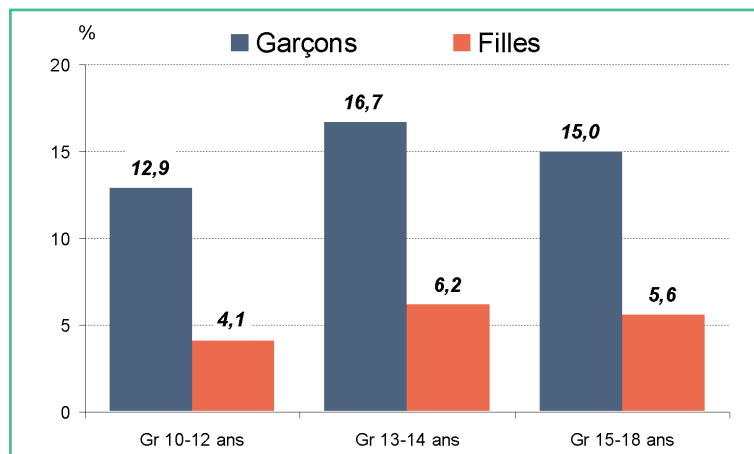
Mais les résultats de l'enquête ont permis de constater que, quelle que soit la profession exercée par les parents, l'indice augmente fortement avec l'âge.

TRAUMATISMES

Globalement, 10,6 % des jeunes interrogés présentent une, deux ou trois dents traumatisées. Contrairement à ce qui est observé pour l'indice carieux, il n'y a pas d'augmentation flagrante en fonction de l'âge. Les traumatismes dentaires surviennent donc assez tôt dans la vie des dents.

Une seconde constatation est la nette différence entre les deux sexes : 14,9 % des garçons présentent au moins une dent traumatisée contre 5,3 % seulement pour les filles, soit presque 3 fois moins.

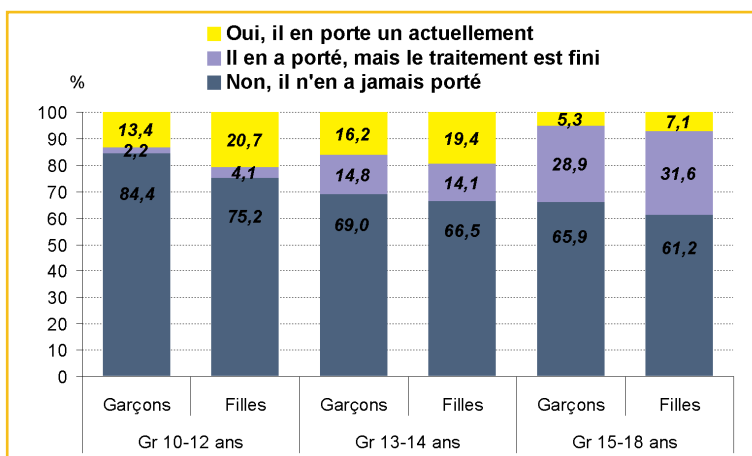
Figure 7 : Proportion de jeunes présentant une ou plusieurs dents traumatisées (%)



ORTHOdontIE

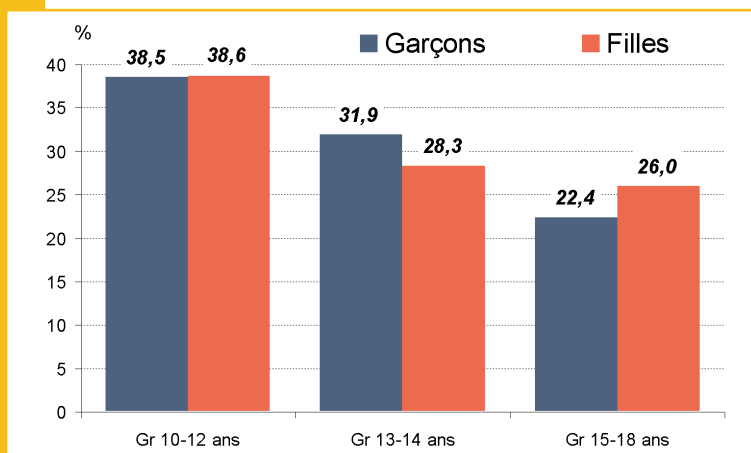
Figure 8 : Traitement orthodontique

A 12 ans déjà 15 % des garçons et 25 % des filles ont fait ou font l'objet d'une prise en charge par un orthodontiste. A 13-14 ans, cette proportion monte à 31 % chez les garçons et 30 % chez les filles. A 15-18 ans, elle est de 32 % chez les garçons et 39 % chez les filles.



Au niveau des problèmes orthodontiques, l'examen de bouche avait pour objectif de détecter les problèmes d'occlusion dentaire (béance, occlusion en bout à bout, recouvrement) et les problèmes d'overjet : lorsque les dents du maxillaire dépassent sagittalement de plus de 4 mm celles de la mandibule.

Figure 9 : Proportion de jeunes présentant un overjet ou une anomalie d'occlusion dentaire (%)



Globalement, 39 % des jeunes de 12 ans examinés présentent l'une ou l'autre des anomalies. Cette proportion diminue à 30 % à 13-14 ans et à 24 % chez les plus âgés. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons. Ce bénéfice observé chez les plus âgés résulte en partie des traitements orthodontiques suivis.

Facteurs socio-économiques

L'analyse du lien entre les problèmes de positionnement et le nombre de revenus du travail dans le ménage révèle qu'il n'y a pas de différence significative en fonction des variables socio-économiques. Ce résultat est conforme à ce que l'on pouvait s'attendre puisque la composante génétique intervient pour une large part dans l'étiologie des problèmes orthodontiques.

Figure 10 : Lien entre la présence d'anomalie du positionnement et le nombre de revenus du travail dans le ménage (%)

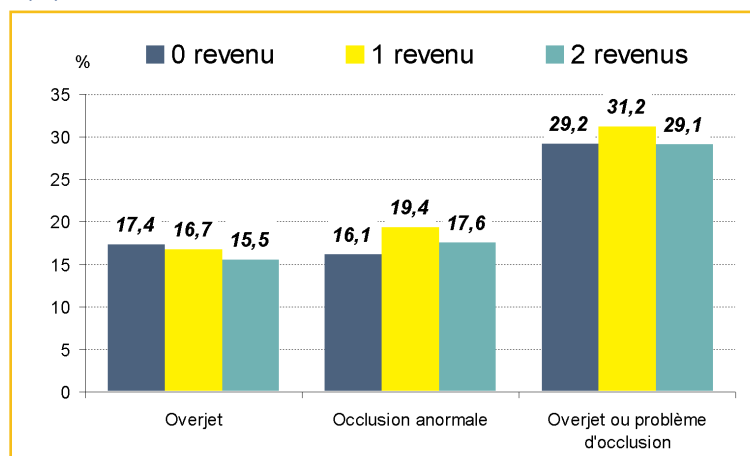
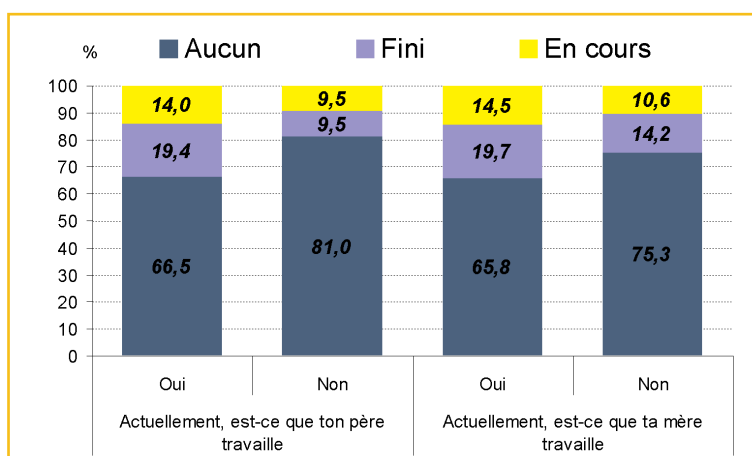


Figure 11 : Répartition des jeunes selon le traitement orthodontique suivi et la situation professionnelle des parents

Par contre, 34 % des jeunes dont le père travaille sont traités, ou ont été traités, en orthodontie contre 19% des jeunes dont le père ne travaille pas. Lorsque la mère travaille, 34 % des jeunes sont pris en charge en orthodontie contre 25 % lorsqu'elle ne travaille pas. Dans les deux cas, la différence est significative ($p=0,004$ et $p=0,003$).



Orthodontie et carie

Le bilan carieux en fonction du statut du traitement orthodontique révèle que 48% des jeunes qui n'ont jamais porté d'appareil présentent des caries actives et, plus surprenant, que parmi ceux qui portent actuellement un appareil, on en dénombre encore 22%. Ce dernier résultat pose la question de la coordination entre les soins dentaires de base et l'orthodontie.

Bilan carieux	Le jeune porte-t-il un appareil orthodontique ?			Total
	Non, il n'en a jamais porté.	Il en a porté mais le traitement est fini.	Oui, il en porte un actuellement.	
Indemne de carie.	29,3 %	31,6 %	42,8 %	31,4 %
Obturations mais pas de caries actives.	23,1 %	34,5 %	35,5 %	26,7 %
Présence de caries actives, toutes non soignées.	20,3 %	7,8 %	6,6 %	16,4 %
Caries actives et obturations.	27,3 %	26,2 %	15,1 %	25,5 %

HYGIENE ORALE

L'état de santé des gencives a été évalué via l'indice DPSI (Dutch Periodontal Screening Index). Cet indice permet de mettre en évidence l'inflammation (gingivite) ou non des gencives, la présence de tartre, l'existence d'une parodontite et la présence de poches.

Tableau 3 : Fréquence de maladie parodontale par groupe d'âge

	10-12 ans	13-14 ans	15-18 ans
Gencive saine	3,10 %	6,00 %	8,10 %
Gingivite	85,20 %	71,80 %	62,00 %
Gingivite et tartre	11,40 %	21,20 %	29,60 %
Parodontite et poches	0,30 %	1,00 %	0,20 %

La proportion d'enfants dont les gencives sont saines est très basse et ce dans tous les groupes d'âges. En effet, globalement chez les plus jeunes, seuls 3,1 % des enfants ont les gencives saines. Cette proportion monte à 6 % dans le groupe intermédiaire et à 8,1 % chez les aînés.

La toute grande majorité des enfants présente au moins un sextant avec un

grade 1 (gencives rouges, prêtes à saigner). La situation s'aggrave avec l'âge : 30 % des jeunes de 15 à 18 ans ont un score de 2 voire 3 pour au moins un des sextants (gingivite + tartre + éventuellement poches gingivales). A 13-14 ans, cette proportion est déjà de 22 % et à 10-12 ans, elle est de 12 % !

Ces observations sont à mettre en perspective avec l'absence de remboursement du détartrage entre 12 et 18 ans. Pour les moins de 12 ans, le nettoyage prophylactique est remboursé depuis le 1er septembre 2005.

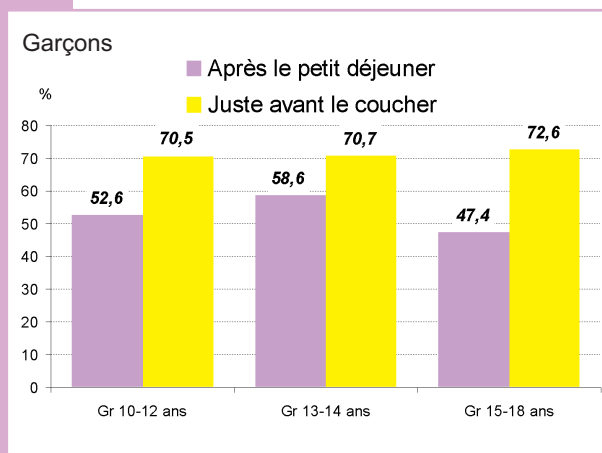
Les habitudes de brossage des dents

Face à ces résultats, il est intéressant d'analyser l'efficacité du brossage des dents.

Parmi les jeunes interrogés, 8 enfants n'ont pas de brosse à dents, 20 la partagent avec quelqu'un d'autre ; 17 % ont une brosse à dents électrique. En moyenne, seuls 30% des filles et 24 % des garçons ont du fil dentaire ou des brossettes interdentaires à leur disposition.

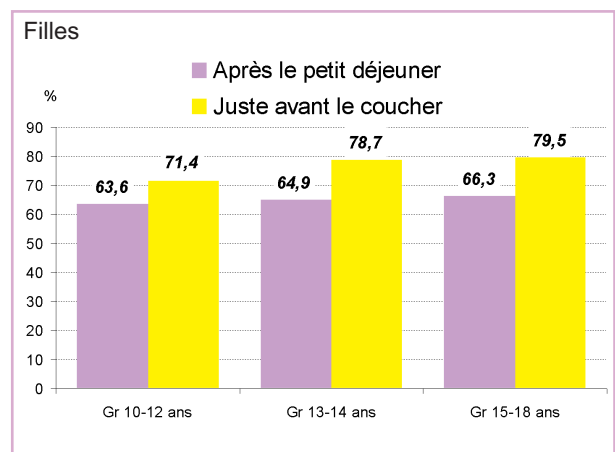
Globalement, les filles sont plus assidues que les garçons au brossage des dents tant après le petit déjeuner qu'avant le coucher.

Figure 12 : Proportion de jeunes qui se brossent habituellement les dents après le petit déjeuner et juste avant le coucher



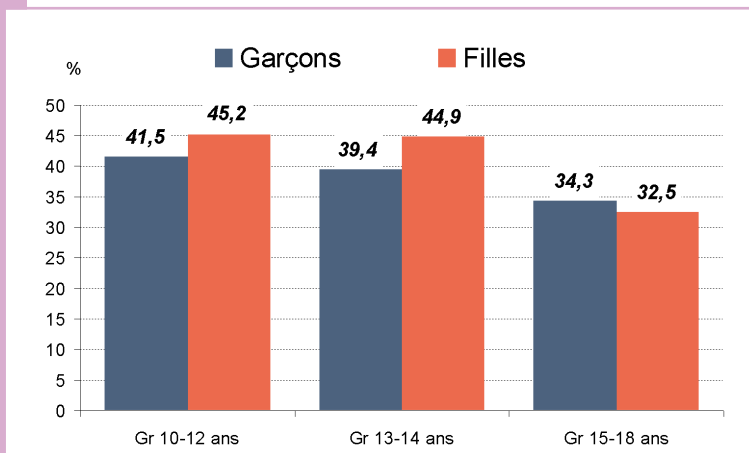
Parmi les garçons, 52,9 % se les lavent après le petit-déjeuner et 71,3 % avant le coucher.

64,5 % des filles se lavent les dents directement après le petit-déjeuner et 76,5 % se les lavent juste avant le coucher.



HYGIENE ORALE

Figure 13 : Proportion de jeunes qui déclarent avoir eu des saignements des gencives lors du brossage des dents au cours des sept derniers jours



Au cours des sept jours précédant l'enquête, 40 % des garçons et 45 % des filles des groupes 10-12 ans et 13-14 ans ont déclaré avoir saigné des gencives lors du brossage des dents.

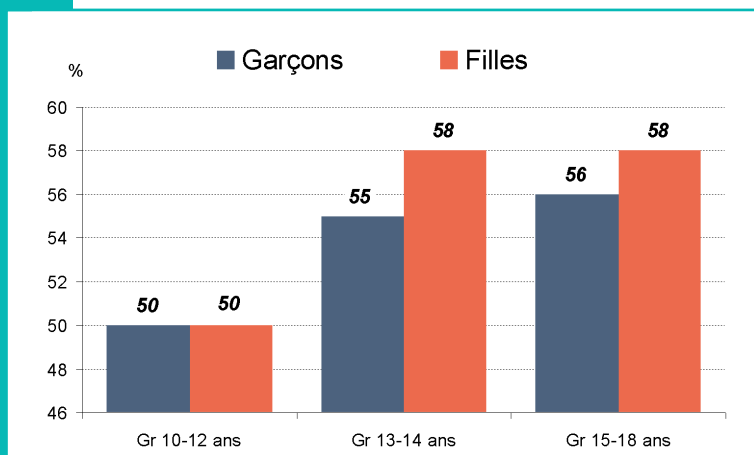
Cette proportion diminue à 34 % pour les garçons et 32 % pour les filles du groupe des plus âgés.

Le fait de saigner des gencives témoigne d'un brossage insuffisant. Le seul remède est une plus grande assiduité à se brosser les dents et non un arrêt comme trop de personnes le pensent encore.

SOINS DENTAIRES

La fréquence des consultations

Figure 14 : Proportion des jeunes ayant consulté leur dentiste dans les 12 derniers mois



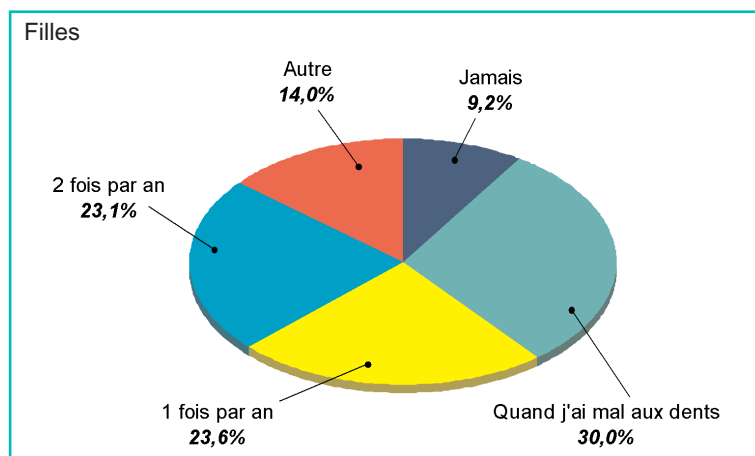
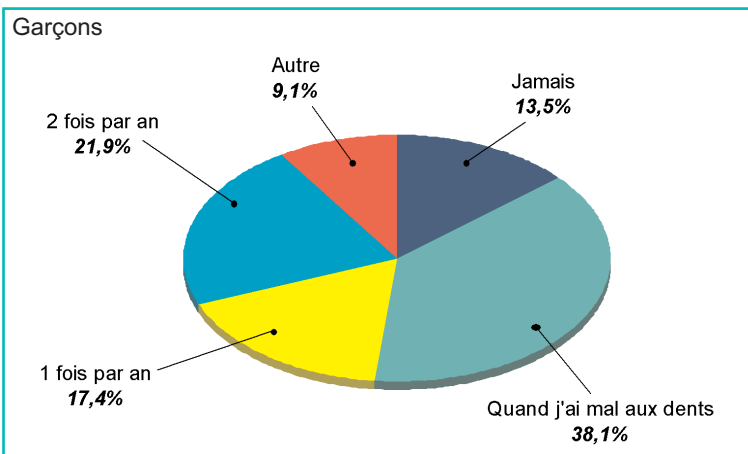
En ce qui concerne la visite chez un dentiste, 50 % des enfants de 10-12 ans, 55,5 % des garçons de 13 à 18 et 58 % des filles de 13-18 ans ont consulté le dentiste dans les 12 derniers mois. Ces proportions relativement semblables dans les trois groupes d'âge et les deux sexes sont nettement insuffisantes puisque deux visites par an chez le dentiste sont recommandées de manière systématique, à titre préventif.

Les raisons des consultations

Figure 15 : Répartition des motifs de visite chez le dentiste

38,1 % des garçons et 30 % des filles se rendent habituellement chez le dentiste lorsqu'ils ont mal aux dents.

17,4 % des garçons et 23,6 % des filles s'y rendent une fois par an et 21,9 % des garçons et 23,1 % des filles s'y rendent deux fois par an.



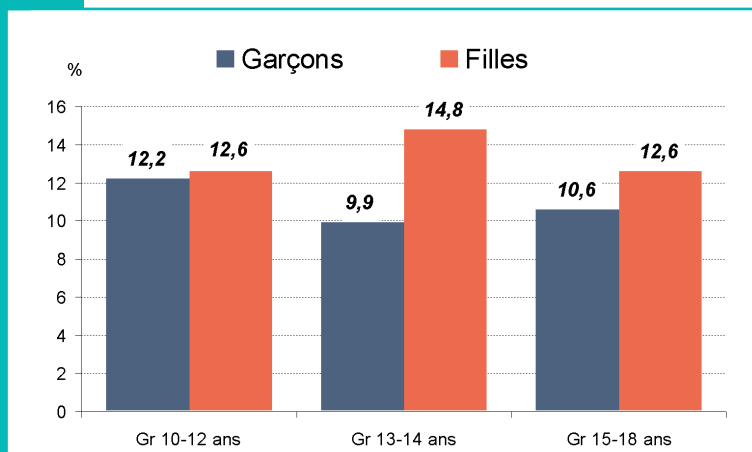
13,5 % des garçons et 9,2 % des filles ne sont jamais allés chez le dentiste. 70,8 % d'entre eux l'expliquent par le fait qu'ils n'ont jamais eu mal aux dents. Par contre, pour 10,4 % d'entre eux, le motif invoqué est le coût trop élevé.

SOINS DENTAIRES

Scellements

Le scellement dentaire est une procédure de prévention par laquelle le dentiste dépose un vernis dans les sillons dentaires lorsque ceux-ci sont particulièrement anfractueux.

Figure 16 : Proportion de jeunes ayant au moins un scellement dentaire



Globalement, 12 % des jeunes examinés en Hainaut étaient porteurs d'un scellement ou plus. Il n'y a pas de différence significative selon l'âge ou le sexe.

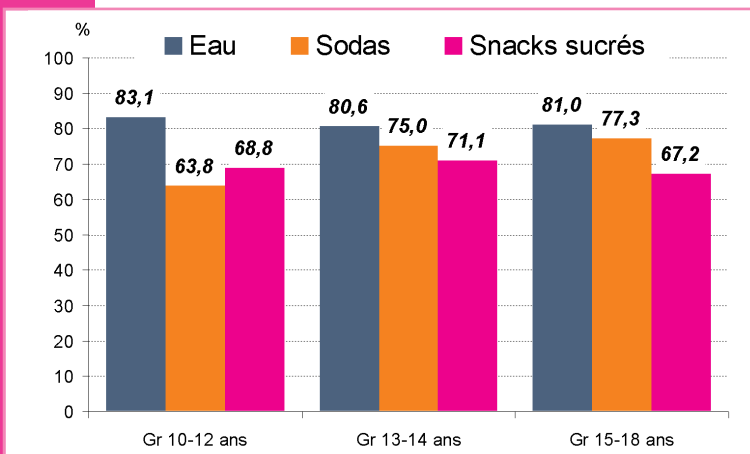
Le détail des résultats sur la pose de scellements devrait pouvoir nous donner des outils pour la définition d'une politique d'utilisation des scellements dentaires à des fins prophylactiques

Les scellements des puits et fissures s'intègre dans une politique préventive mais toutes les dents ne doivent pas être scellées systématiquement.

LES SODAS LES SNACKS & L'EAU

Les habitudes de consommation

Figure 17a : Proportion de garçons ayant consommé la veille de l'enquête... (%)



En moyenne 20 % des garçons interrogés n'ont pas bu d'eau la veille de l'enquête

La consommation de sodas sucrés augmente avec l'âge : 63 % des garçons de 10-12 ans, 75 % des 13-14 ans et 77 % des 15-18 ans en ont consommés la veille de l'enquête.

Ce même jour, 69 % des jeunes Hainuyers ont également consommé des snacks sucrés.

Figure 17b : Proportion de filles ayant consommé la veille de l'enquête... (%)

Pour la consommation de sodas sucrés, la tendance pour les filles est l'inverse de celle observée pour les garçons. En effet, la consommation de sodas sucrés diminue avec l'âge (65 % pour les 10-14 ans et 56 % pour les 15-18ans) au bénéfice d'une légère augmentation de la consommation d'eau (86 % pour les 10-14 ans et 89 % pour les 15-18 ans).

En ce qui concerne les snacks sucrés, la proportion est la même pour les filles que pour les garçons, soit 69 % d'entre elles.

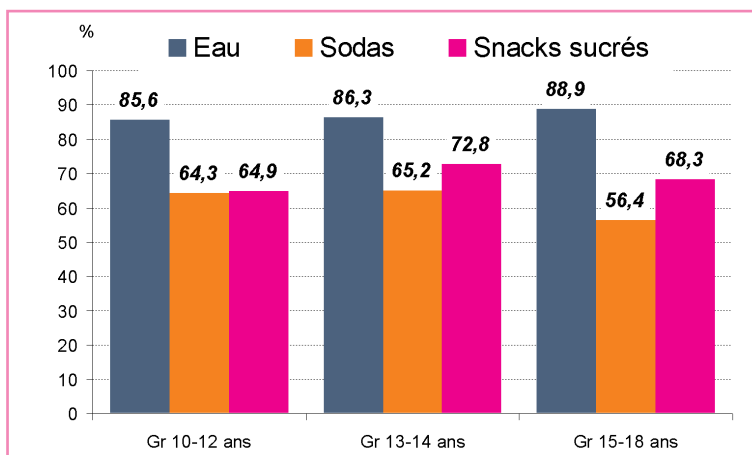
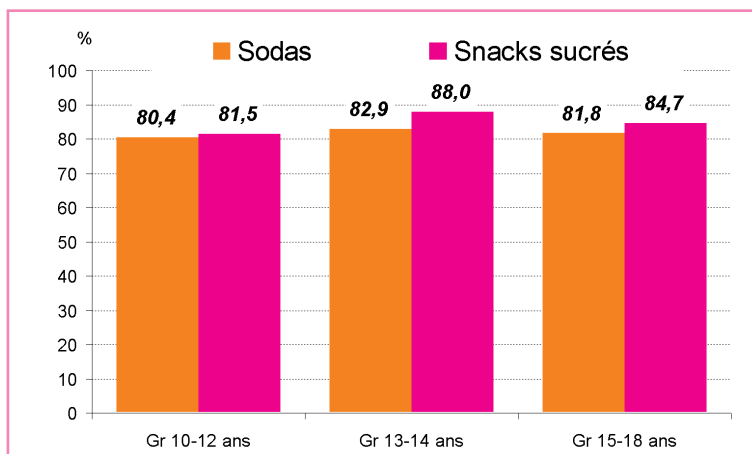


Figure 18 : Proportion de familles qui lorsqu'elles font leurs courses achètent... (%)



Parmi les jeunes qui ont consommé des sodas ou des snacks sucrés la veille de l'enquête, seuls 30 % en ont acheté personnellement ce jour-là. 70 % des jeunes consomment donc les sodas et les snacks achetés lors des courses familiales.

Sur base des résultats du questionnaire, 81 % des familles achètent régulièrement des sodas et 84,7 % des snacks sucrés.

LES SODAS LES SNACKS & L'EAU

La vente des produits sucrés à l'école

L'enquête sur la santé-bucco dentaire a fourni l'occasion d'interroger les jeunes sur leur opinion par rapport à la vente de produit sucrés à l'école.

Figure 19 : Avis des jeunes par rapport à la suppression de la vente de produits sucrés à l'école

S'il n'y avait plus de vente de boissons sucrées à l'école (au distributeur, à la cantine, au petit magasin...), seuls 17,3 % des jeunes de 10-12 ans, 23,4 % des 13-14 ans et 18,3 % des jeunes de 15-18 ans disent qu'ils seraient tristes de la décision. Alors que 60,7 % des 10-12 ans, 73,3 % des 13-14 ans et 80,9 % des 15-18 ans seraient indifférents voire même contents.

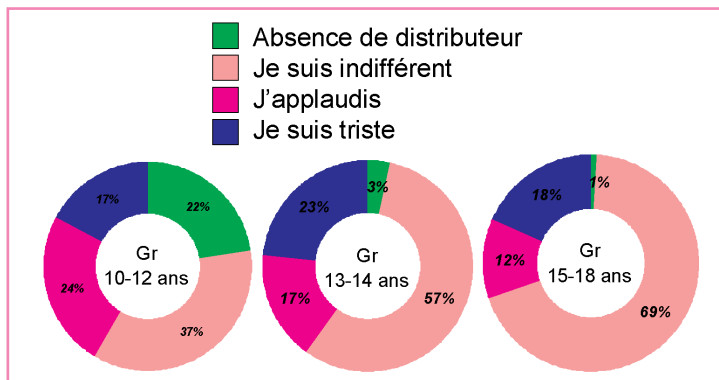
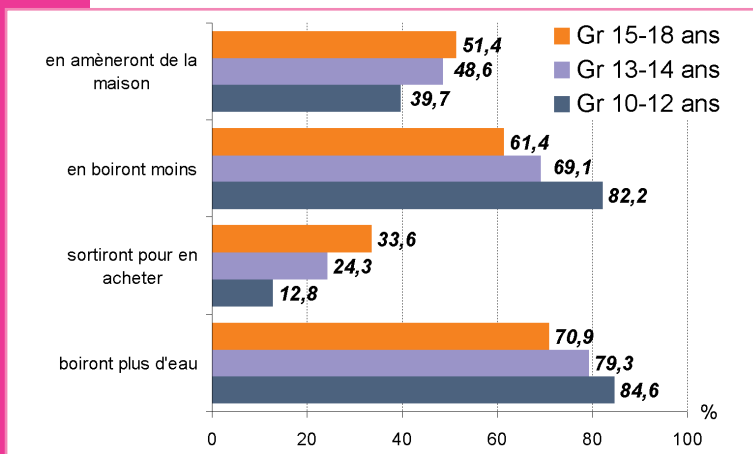


Figure 20 : Si on arrête de vendre des boissons sucrées à l'école, proportion de jeunes qui... (%)

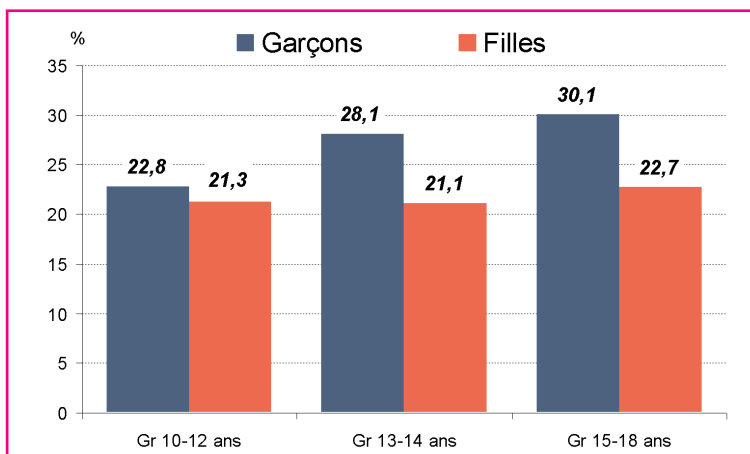


La suppression de la vente de boissons sucrées à l'école n'empêcherait pas les jeunes d'en consommer puisque 46 % en apporteraient de chez eux et 24 % s'en procureraient en dehors de l'école. Cependant, la suppression des ventes de boissons sucrées à l'école aurait un effet positif puisque, d'après les résultats du questionnaire, cela entraînerait une diminution de la consommation des boissons sucrées pour 71 % des jeunes interrogés et une augmentation de la consommation d'eau pour 78 % d'entre eux. Ces proportions seraient même respectivement de 82 % et 85 % pour la tranche des 10-12 ans.

Quoiqu'il en soit, il serait d'ores et déjà profitable d'améliorer l'accès à l'eau potable dans les écoles via des robinets ou des fontaines car, si 63 % des jeunes de 10-12 ont un accès facile à l'eau potable, ils ne sont plus que 35 % parmi les 13-14 ans et 25 % parmi les 15-18 ans à pouvoir s'en procurer facilement dans leur école.

Figure 21 : Proportion de jeunes qui ne répondent pas à la question sur la facilité de l'accès à l'eau potable car ils disent ne pas boire d'eau à l'école

De manière surprenante, 24 % des jeunes ne se soucient pas de l'accès à l'eau potable parce qu'ils ne boivent pas d'eau.

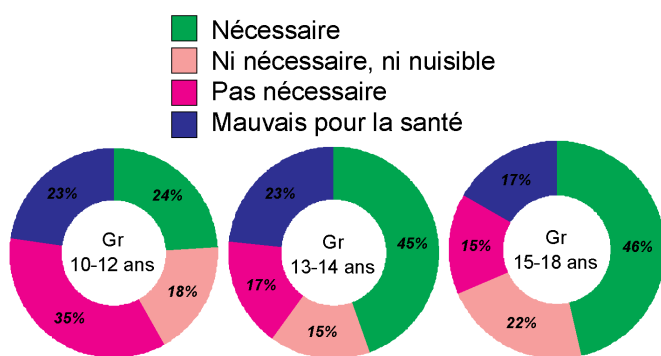


LES SODAS LES SNACKS & L'EAU

L'avis des jeunes sur la présence des distributeurs de sucreries

L'avis des jeunes sur la présence de distributeurs de boissons et de snacks dans les écoles varie en fonction de la catégorie d'âge.

Figure 22 : Répartition des jeunes selon leur avis sur les distributeurs dans les écoles



Ainsi, la présence d'un distributeur dans l'école semble nécessaire seulement pour 24 % des jeunes de 6^{ème} primaire et elle n'est carrément pas nécessaire pour 35 % et même mauvaise pour la santé pour 23 % d'entre eux, soit un total de 24 % pour et 58 % contre les distributeurs dans l'école.

Par contre, la présence d'un distributeur dans l'école devient nécessaire pour 45 % des jeunes des 2 autres catégories, n'est pas nécessaire pour 16 % d'entre eux et est ressentie comme mauvaise pour la santé pour 20 % d'entre eux. Soit 45 % des jeunes Hainuyers de 13 à 18 ans s'expriment en faveur de la présence de

distributeurs dans les écoles contre 36 % qui s'expriment contre alors que 18 % d'entre eux ne l'estiment pas nuisible pour la santé ni nécessaire.

Une question ouverte demandant aux jeunes de motiver leur avis permet de modérer ces résultats. Le motif le plus souvent invoqué par les jeunes favorables à la présence de distributeurs dans les écoles est l'intérêt de pouvoir se procurer des boissons et des snacks lorsqu'ils ont oublié leur pique-nique ou leur boisson. Dès lors, il est sans doute possible de répondre à cette inquiétude par d'autres solutions.

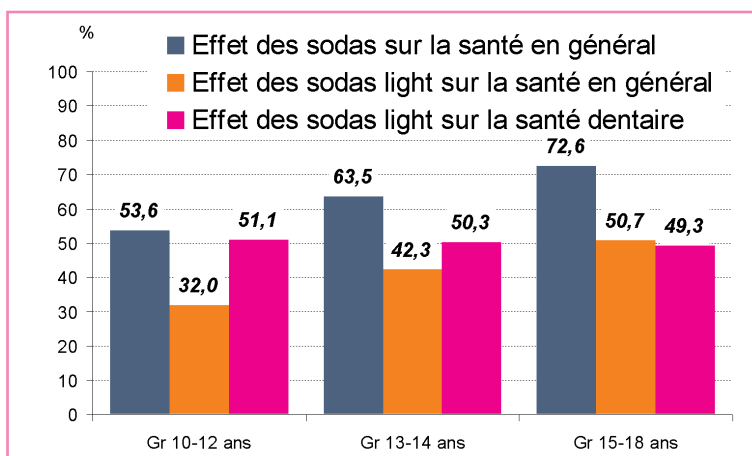
La perception de l'effet de consommation régulière de sodas sur la santé

Figure 23 : Proportion de jeunes qui estiment que les sodas ont un effet sur la santé générale ou sur la santé dentaire

Si on peut s'attendre à ce que la majorité des jeunes reconnaissent l'effet délétère des sodas sucrés sur la santé dentaire, on s'étonne que seuls 53,6 % des jeunes de 10-12 ans reconnaissent que la consommation régulière de sodas influence la santé en général. Pour les sodas light, ils ne sont plus que 32 % à le penser.

Cette différence de 20 % se retrouve également dans les deux autres catégories d'âge même si la prise de conscience de l'effet de la consommation régulière de sodas (light ou sucrés) sur la santé générale croît avec l'âge.

Les jeunes Hainuyers semblent davantage conscients de l'impact de la consommation régulière de sodas light sur la santé dentaire que sur la santé en général. En effet, la moitié des jeunes tous âges confondus pensent que la consommation de soda light affecte la santé dentaire.



DISCUSSION & PROPOSITIONS

Les résultats de cette étude sont comparables à ceux d'études réalisées dans des pays voisins mais toujours en deçà. Trois aspects restent particulièrement interpellant :

- A. si les indices carieux moyens peuvent être considérés comme relativement "conformes", on peut s'étonner que certains jeunes présentent une forte accumulation de pathologies carieuses qui aurait dû (et pu) faire l'objet d'une interception bien plus rapide.
- B. les indices de santé parodontale mesurés dans cette enquête sont déplorables et sont malheureusement confirmés par les indices de plaque bactérienne. Gingivite et tartre sont répandus chez nos jeunes, preuve que les gestes réflexes d'une bonne hygiène dentaire ne sont pas acquis.
- C. c'était attendu : le gradient socio-économique est statistiquement significatif tant pour l'indice CAOOF que pour le fait de bénéficier d'un traitement orthodontique.

Perspectives : de l'information aux décisions et à l'action

• *Communication et discussion des résultats*

Cette étude est inédite en Belgique, tant de par la rareté des études épidémiologiques dentaires en Communauté française que par la possibilité de croiser les données des examens dentaires avec des informations sur les comportements de santé. La base de données recueillies est extrêmement vaste et le travail d'analyse pourra se poursuivre pour affiner les résultats.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une diffusion large auprès des instances officielles en charge de la santé, ainsi qu'auprès du monde politique et auprès de l'ensemble des professionnels de santé qui peuvent jouer un rôle. Nous pensons particulièrement à la Commission PSE de la Communauté française et à l'INAMI, aux médecins, infirmières, etc.

Il existe par ailleurs depuis plusieurs mois une symbiose entre les efforts de la Communauté française et des Autorités Fédérales de la Santé pour agir pour une meilleure santé dentaire des jeunes.

• *Prévention primaire*

Il apparaît essentiel d'intensifier en Communauté française la promotion de la santé bucco-dentaire. Des comportements de base d'une bonne santé dentaire ne sont pas encore acquis par une large part de la population jeune.

Les problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves sont nettement plus fréquents chez les jeunes en situation de précarité. Par contre, la valeur moyenne de l'indice CAOOF augmente significativement avec l'âge quel que soit le groupe socio-économique. Les programmes de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire s'adresseront donc à l'ensemble de la population, mais des approches spécifiques restent indispensables auprès des personnes fragilisées.

DISCUSSION & PROPOSITIONS

• *Suivi / Prise en charge précoce*

L'interception précoce apparaît comme un élément essentiel pour stopper l'évolution chez les jeunes les plus à risque. Depuis le 1^{er} septembre 2005, la gratuité est acquise pour TOUTES les visites et TOUS les soins des enfants de moins de 12 ans (exception faite de l'orthodontie). Malgré qu'il n'y ait plus d'obstacle financier aux soins dentaires des enfants, le taux de caries non traitées est élevé et le recours aux soins préventifs reste faible. Deux visites par an à visée de bilan sont prévues et gratuites, mais peu sont effectuées.

Les bonnes pratiques de santé dentaire s'installent dans l'enfance. Les services de promotion de la santé à l'école sont un maillon important de la promotion de la santé des jeunes. Il sera discuté avec eux des moyens de suivi possibles à mettre en œuvre pour s'assurer que les enfants soient effectivement pris en charge pour un suivi professionne, ainsi que pour les soins éventuellement nécessaires.

Il semble pertinent en médecine scolaire, d'introduire une composante bucco-dentaire dans l'anamnèse remplie par les parents comme une composante à part entière du suivi bucco-dentaire.

• *Nomenclature INAMI*

Les résultats de cette enquête, et notamment la fréquence des maladies parodontales, ont déjà inspiré des propositions de réforme de la nomenclature INAMI. Celles-ci viennent d'être inscrites dans l'Accord Dento-Mutualiste 2007-2008.

Il a été proposé d'étendre la gratuité des soins pour enfants jusqu'au 15^{ème} anniversaire (12^{ème} actuellement). La prise en charge prophylactique sera meilleure pour les jeunes entre 12 et 18 ans (détartrage par exemple) ; mesures à encore concrétiser en 2008.

• *Dentistes*

Les résultats seront présentés aux dentistes, et discutés avec eux. Au-delà du curatif, les besoins en traitements préventifs ne sont pas satisfaits. Les recommandations issues de consensus concernant les indications pour la pose de scellements dentaires et pour des traitements prophylactiques doivent notamment être largement diffusées. Les indications des traitements orthodontiques et le gradient socio-économique de l'application de ces traitements devront être discutés.

L'équipe médicale du cabinet dentaire devrait pouvoir être renforcée par des assistantes en prophylaxie (hygiénistes), telles qu'il en existe dans beaucoup de pays.

• *Suivi épidémiologique bucco-dentaire au niveau de la population et au niveau individuel*

Comme le recommande l'OMS, il semble indispensable d'avoir un suivi au niveau "population" de la prévalence des problèmes de santé bucco-dentaire afin, notamment, de pouvoir évaluer les progrès accomplis collectivement. Au niveau "individuel", la proposition d'un carnet de santé dentaire pourrait prolonger celui proposé par l'ONE (voire s'y intégrer pour les plus jeunes) et permettrait à chacun de connaître son bilan de santé bucco-dentaire et de suivre ses progrès personnels.

BIBLIOGRAPHIE

- ▶ Brodeur JM, Benigeri M, Oliver M, Williamson S, Payette M. Etude 1996-97 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de sixième année - Résultats détaillés de la région Montréal-Centre et comparaisons avec l'ensemble du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Québec, Direction générale de la Santé publique ; 1998.
- ▶ De Clerck D, Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bottenberg P, Hoppenbrouwers K. Niveau de la santé bucco-dentaire des enfants flamands (Belgique) 1996-2001. Signal ; 2002 ; 1-51.
- ▶ Observatoire de la Santé du Hainaut. Santé en Hainaut No 4 – Carnet de bord de la santé des jeunes. Mons : Province de Hainaut ; 2001.
- ▶ Van Steenberghe D. Fondements scientifiques du plan stratégique soins dentaires en Belgique. Rapport ; 2003 ; 1-71.
- ▶ West K, Durant R, Pendergrast R. An experimental test of adolescents' compliance with dental appointments. Journal of Adolescent Health 1993 ; 384-9.
- ▶ World Health Organization (WHO). Oral Health Surveys Basic Methods. Geneva: WHO ; 1999 ; 1-66.
- ▶ World Health Organization (WHO), Unesco, Education Development Center. Oral health promotion : an essential element of a health-promoting school. Report WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.3. Geneva : WHO ; 2003.
- ▶ World Health Organization (WHO(2)), Rapport sur la santé buccodentaire dans le monde 2003. poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – L'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire Report WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.2. Geneva: WHO ; 2003.

Regard sur la santé des jeunes



Observatoire de la Santé du Hainaut
rue Saint-Antoine 1 - 7021 HAVRÉ
Tél. : 065 87 96 00 - Fax : 065 87 96 79
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be
Internet : <http://observatoiresante.hainaut.be>



Fondation pour la Santé dentaire
avenue de Fré 191 - 1180 BRUXELLES
Fax : 02 374 32 84
Courriel : info@sourirepourtous.be
Internet : <http://www.sourirepourtous.be>

Avec le soutien de la
Communauté française

