

PRATIQUES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES SÉNÉGALAIS : ÉTUDE TRANSVERSALE DANS LE LYCÉE DE NOTTO-DIOBASS DANS LE DÉPARTEMENT DE THIÈS

ORAL HYGIENE PRACTICES OF SENEGALESE SCHOOL CHILDREN IN RURAL AREAS: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN NOTTO-DIOBASS HIGH SCHOOL IN THE DEPARTMENT OF THIES

DIENG SN, DIENG A, DIOP M, CISSOKHO I, KANOUTÉ A, DIOUF M, LÔ MCM, FAYE D

1. Institut d'Ondontologie Stomatologie FMPOS UCAD Dakar

Résumé

Introduction: Les maladies bucco-dentaires restent une préoccupation chez les écoliers. La promotion de bonnes pratiques de santé bucco-dentaire peut contribuer de manière significative à leur prévention. L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques d'hygiène bucco-dentaire en milieu rural chez les écoliers du Lycée Notto-Diobass.

Méthode: Une étude transversale a été menée auprès de 302 écoliers sélectionnés par tirage au sort. Un questionnaire sous forme d'échelle de Lickert à trois items et quatre scores a été utilisé pour collecter des données sur le type de pratique d'hygiène bucco-dentaire, sa fréquence et les moments de sa mise en œuvre. Un score de pratique d'hygiène bucco-dentaire a été défini comme variable d'étude. Sa distribution a été analysée par le t-test et le test ANOVA avec un seuil de significativité de 0,05.

Résultats: Le score moyen des pratiques d'hygiène bucco-dentaire (PHBD) était de $5,8 \pm 1,8$; plus de la moitié des écoliers (52,3%) utilisait le brossage comme moyen d'hygiène bucco-dentaire et 41,1% avaient une pratique d'hygiène mixte (brossage et bâtonnet). La fréquence des PHBD était d'une fois/jour pour 51,3% des élèves et de deux fois/jour pour 39,7% parmi eux. Plus du tiers des élèves (38,6 %) observaient des PHBD le matin et le soir au coucher. Le score moyen des pratiques d'hygiène buccodentaire était significativement différent selon les séries d'études des écoliers ($p=0,022$) et les conditions sociales de leurs ménages ($p=0,005$).

Conclusion: L'étude a révélé des pratiques d'hygiène bucco-dentaire qui concernent presque tous les écoliers mais dont la réalisation n'est pas adéquate, notamment en ce qui concerne la fréquence et le moment. Elles sont aussi associées à un déterminisme social. Ces résultats commandent la nécessité d'améliorer la sensibilisation et l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire dans les écoles par des programmes dédiés.

Mots-clés : Pratiques d'hygiène bucco-dentaire, élève, zone rurale,

Summary

Objective: Oral diseases remain a concern among schoolchildren. Promoting good oral health practices can significantly contribute to their prevention. The objective of the study is to describe the oral hygiene practices in rural areas among schoolchildren of the Notto-Diobass High School.

Method: A cross-sectional study was conducted on 302 school children selected by lottery. A questionnaire in the form of a tree-item Lickert scale with four score was used to collect data on the type of oral hygiene practice, its frequency and the times of its implementation. An oral hygiene practice score was defined as the study variable. Its distribution was analyzed by t-test and ANOVA at a significance level of 0.05.

Results: The average Oral Hygiene Practice (OHP) score was 5.8 ± 1.8 ; more than half of the school children (52.3%) used brushing as a means of oral hygiene and 41.1% had a mixed hygiene practice (brushing and stick). The frequency of OHP was once/day for 51.3% of the pupils and twice/day for 39.7% of the students. More than third of the schoolchildren (38.6%) had it in the morning and in the evening at bedtime. The mean OHP score is significant different according to the schoolchildren' study series ($p=0.022$) and their social conditions of their households ($p=0.005$).

Conclusion: The study revealed an oral hygiene practice that involves almost all schoolchildren but is not adequately carried out, particularly regarding the frequency and timing of OHP and is associated with social determinism. These results recommend the need to improve oral hygiene awareness and education in schools through dedicated programs.

Keywords: oral hygiene practice, schoolchildren, rural area,

INTRODUCTION

La santé buccodentaire en milieu scolaire demeure une préoccupation en Afrique. Les données épidémiologiques indiquent des prévalences qui varient de 13,3% à 51% pour la carie dentaire [1,2] et autour de 30% pour les parodontopathies [1,3]. Ces pathologies présentent des conséquences sociales familiales et affectent les performances scolaires des élèves [4]. Pourtant, l'école est un lieu idéal d'interception précoces des atteintes buccodentaires et de promotion d'une meilleure santé orale [5]. Au début des années 1980, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait initié le concept des « écoles-santé » [6] pour permettre aux élèves de pouvoir prendre soin de leur propre santé ; d'agir sur l'environnement scolaire afin de le rendre favorable à la santé de ceux qui y vivent [7]. Il s'agit plus spécifiquement, dans le domaine de la dentisterie, de promouvoir des comportements en matière de pratiques d'hygiène buccodentaire tel que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré [8]. La promotion de la santé buccodentaire à l'école est bénéfique. En effet, une méta-analyse portant sur l'évaluation du coût-efficacité des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire à l'école avait conclu à une réduction de 97% des coûts des soins buccodentaires [9]. En 2020, une étude finlandaise avait soutenu que les élèves qui se brossaient les dents deux fois par jour (73,1%) avaient de meilleures notes aux évaluations comparés à ceux (33,8 %) qui se brossaient les dents moins de deux fois par jour [10]. En Afrique, les études montrent des proportions importantes d'élèves qui ont des comportements buccodentaires préventifs, toutefois, beaucoup parmi eux n'ont pas les pratiques recommandées. En effet, au Bénin, une étude sur la pratique d'hygiène orale chez des enfants scolarisés de 12-15 rapporte que 72,1% utilisent la brosse à dents seule et 20,9% la brosse à dents et le bâtonnet-frotte dents. Dans cette même étude, 55,9% avaient déclaré se brosser les dents une fois par jour et 34,8% deux fois par jour [11]. Chez les enfants scolarisés de Bamako, au Mali en 2018, près de la moitié (46,4%) ne se brossaient pas correctement les dents [12]. Au Sénégal, les données sur la pratique d'hygiène buccodentaire des élèves sont rares. On constate que les données concernent essentiellement les élèves des zones urbaines, celles du milieu rural sont inconnues. Il est, dès lors, nécessaire de faire l'état des lieux sur cette problématique en milieu rural dans le but de mettre en place des interventions adaptées. L'objectif de ce travail est de décrire les pratiques d'hygiène buccodentaire en milieu rural chez les élèves du Lycée de Notto-Diobass.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cadre d'étude

L'étude avait pour cadre le lycée de Notto diobass situé dans la commune éponyme. La commune se trouve dans le département de Thiès à une dizaine de Km de la ville. Elle compte 41936 habitants et l'effectif des femmes est sensiblement égal à celui des hommes [13]. Les principales activités sont l'agriculture et l'élevage. Les postes de santé constituent les sources de soins et avec une absence d'offre de soins buccodentaires. Le lycée de Notto totalise 807 élèves dont 310 répartis dans cinq classes de Secondes (2nd), 275 répartis dans cinq Première (1ere) et 222 répartis dans quatre Terminale (Tle). Le choix de cette commune se justifie par son accessibilité et la fait qu'elle présente les mêmes caractéristiques sociales que beaucoup de zones rurales du pays.

Type et Population d'étude

Une étude transversale a été conduite sur une population d'élèves de l'enseignement secondaire. Sont inclus, les élèves présents lors de l'enquête, et qui avaient accepté de participer à l'étude avec consentement éclairé des parents et/ou de l'école. Sont non inclus, les élèves qui avaient une affection (handicap ou maladie) qui rendait difficile le renseignement du questionnaire.

Taille de l'échantillon et échantillonnage

La taille de l'échantillon a été déterminée à partir de la formule de Slovin ($n = \frac{N}{1 + Ne^2}$) ; « n » étant la taille de l'échantillon, « N » la population totale et « e » le risque d'erreur. Le « N » est de 807 élèves et le « e » est fixée à 5%. Ainsi, en intégrant les valeurs des paramètres de la formule, $n = \frac{807}{1 + 807 \times 0,05^2}$. La taille de l'échantillon était de 346 d'élèves.

Un échantillonnage à deux niveaux a été réalisé. Dans un premier temps, un tirage au sort a permis de sélectionner au moins la moitié des classes par niveau (Seconde, Première et Terminale). Ainsi, trois classes de Seconde, trois classes de Première et deux classes de Terminale ont été sélectionnées dont deux classes de la série littéraire (L) et une classe de la série scientifique (S) en Seconde et Première, une classe de la série L et une classe de la série S en Terminale. Dans un deuxième temps, tenant compte du nombre de sujets nécessaires, une allocation proportionnelle à la taille de chaque classe a permis de déterminer les échantillons des classes enrôlées. Ainsi, 142 élèves seront sélectionnées des classes de seconde, 121 des première et 83 des Terminale. Un tirage au sort, à partir des listes des classes sélectionnées, a permis d'identifier les noms des élèves qui devraient constituer l'échantillon.

Variables de l'étude

La variable dépendante est la Pratique d'hygiène bucco-dentaire (PHBD) qui renvoie aux méthodes utilisées pour nettoyer les dents et la bouche. Elle a été évaluée à partir de trois questions qui portent sur les moyens d'hygiène buccodentaires utilisés, la fréquence de PHBD et le(s) moment(s) de la PHBD. Les questions étaient sous forme d'échelles de likert à trois items codés, chacun, de 0 à 3. Les scores ont été ainsi définis : pour l'item méthode d'hygiène, 0 = gargarisme avec eau, 1 = bâtonnet frotte dents, 2 = brossage dentaire et 3 = mixte (brossage et bâtonnet) ; pour l'item fréquence d'utilisation de la méthode, 0 = rarement, 1 = une fois, 2 = deux fois et 3 = trois fois ou plus ; pour l'item moments de l'utilisation, 0 = au déjeuner ou irrégulier, 1 = matin, 2 = soir et 3 = matin et soir. Un score PHBD est défini avec une valeur minimale de 3 correspondant à la réponse la plus défavorable et une valeur maximale de 9 qui représente la réponse la plus favorable.

Les caractéristiques sociodémographiques des élèves et socioéconomiques des ménages ont été aussi renseignées. Les premières correspondent aux variables sexe (fille/garçon), âge en années et séries d'études (littéraire/scientifique). Les caractéristiques socioéconomiques concernent le type de chef de ménage (père/mère/tuteur), la scolarisation du chef de ménage (non/franco-arabe/coran/français) la profession du chef de ménage (inactif/ouvrier/profession intermédiaire/ cadre), les conditions sociales familiales perçues par les élèves (Difficile/Moyenne/Bonne).

Collecte des données

Les données ont été collectées du 15 Juin au 30 Octobre 2021 à l'aide d'un questionnaire. L'enquête a été réalisée organisée dans le lycée ou aux domiciles de certains élèves sélectionnés et devant les parents ou les enseignants.

Plan d'analyse

Les données ont été saisies dans Excel et analysées par le logiciel SATA version 13 et R. Les données qualitatives ont été présentées en effectifs et pourcentages et le score moyen de la PHBD a été déterminé. Le test de Shapiro a permis de vérifier la normalité de sa distribution. Le t-test et le test ANOVA ont permis de comparer les scores moyens de PHBD avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen des élèves était de $18,2 \pm 1,5$ et l'âge médian de 18 ans avec des extrêmes de 15 à 24 ans. Les filles représentent 54,3% de l'échantillon avec un sexe ratio de 1,2. Les élèves étaient majoritairement (76,8%) dans les séries littéraires. Concernant les

chefs de ménage, 66,2% étaient des pères ; 45,4% ont été scolarisés à l'école française et 29,1% à l'école coranique ; près de la moitié (48%) étaient des ouvriers et 15,2% des cadres. Les conditions sociales étaient considérées bonnes pour 59,6% des cas et mauvaises pour 5,6% (Tableau I).

Pratiques d'hygiène buccodentaire (PHBD)

Le score moyen de la PHBD est de $5,8 \pm 1,8$; le score médian est de 5 avec des extrêmes de 3 et 9 (Tableau I). Plus de la moitié des élèves (52,3%) se brossaient les dents et 41,1% avaient une pratique d'hygiène mixte qui associe le brossage à l'usage du bâtonnet frotte dents (Figure 1). La pratique d'hygiène buccodentaire a été observée deux fois par jour par 39,7% des élèves et une fois par jour par 51,3%. Parmi les élèves qui avaient une pratique d'hygiène, 38,6% le faisait le matin-soir et 6,7% seulement le soir (Figure 2).

Distribution de la pratique d'hygiène buccodentaire

Le gargarisme à l'eau (100%) et l'utilisaient du bâtonnet-frotte dents (81,3%) étaient essentiellement retrouvés chez les garçons ; alors que le brossage (52,5%) ou la pratique d'hygiène mixte (62,9%) était dominantes chez les filles. Chez les chefs de ménages qui avaient une scolarisation française, le brossage dentaire (50,6%) ou la pratique d'hygiène mixte (40,1%) était majoritaire chez leurs élèves alors que le bâtonnet frotte dents l'était (43,7%) chez les élèves de ceux qui avaient une scolarisation coranique. Les élèves qui vivent dans des conditions sociales familiales estimées bonnes étaient plus nombreux à utiliser le brossage (63,9%) ou la pratique mixte (58,1%) (Tableau II).

Distribution des scores de la PHBD

La normalité de la distribution des scores PHBD a été vérifiée et confirmée par le test de Shapiro ($p=0,0001$). Les résultats de l'analyse bivariable ont montré une différence statistiquement significative de scores moyens de la PHBD selon la série d'étude de l'élève ($p=0,022$) et les conditions sociales familiales ($p=0,005$). Par-contre, l'étude n'a pas pu révéler de différence significative de scores moyens selon la classe d'âge ($p=0,239$) et le sexe des élèves ($p=0,122$) ; le type de chef de ménage ($p=0,348$), la scolarisation ($p=0,686$) et la profession du chef de ménage ($p=0,337$) (Tableau I).

DISCUSSION

Les résultats de l'étude ont montré un score moyen de PHBD modéré eu égard aux valeurs extrêmes. La presque totalité de l'échantillon utilisait le brossage dentaire seul ou associé au bâtonnet frotte-dents. Plus du tiers des élèves avaient une fréquence de

PHBD deux fois par jour (39,7%) ou un brossage le matin et le soir (38,6%). Le score moyen de PHBD était significativement plus élevé chez les élèves des classes littéraires et chez ceux qui avaient considérés bonnes les conditions sociales de leurs ménages. Le brossage était essentiellement utilisé par les filles, les élèves dont les chefs de ménage avaient été scolarisés à l'école française ou dont les conditions sociales étaient jugées bonnes. Par contre, l'usage du bâtonnet frotte-dents était principalement retrouvé chez les garçons, les élèves dont les chefs de ménage avaient une scolarisation coranique ou qui avaient jugées mauvaises leurs conditions sociales.

La pratique d'hygiène buccodentaire est devenue au fil du temps une habitude partagée chez les enfants et adolescents sénégalais, y compris ceux du monde rural. Les campagnes de sensibilisation à travers les médias traditionnels et sociaux peuvent être des hypothèses d'explication. En cela, s'ajoute le rôle important de l'école qui, comme lieu d'éducation et de partage de connaissances et d'informations contribue parfaitement à développer des comportements positifs et favorables à une meilleure santé buccodentaire [14]. Nos résultats sont dans le sens de ceux d'études antérieures en Afrique. Au Nigéria, 98,8% des écoliers se brossaient les dents ou l'associé avec un bâtonnet frotte-dents [15]. Une étude béninoise rapporte un pourcentage plus élevé (72%) d'écoliers de 13 à 15 ans qui se brossaient les dents [11]. En dépit d'une PHBD majoritaire chez les élèves, la fréquence encore moins les moments de réalisation ne sont pas adéquats pour la majorité d'entre eux. En effet, moins d'élèves ont une PHBD deux fois par jour ; le matin et soir. Pour une grande partie des élèves, les moments et la fréquence recommandés pour les pratiques d'hygiène buccodentaire ne sont pas connus. Le flux important d'informations diverses parfois contradictoires sur l'hygiène buccodentaire peut mettre les élèves, encore moins préparés à bien traiter ce volume d'informations, dans des difficultés à faire des choix judicieux en matière d'hygiène buccodentaire [16]. En outre, dans les zones rurales, l'absence de services de santé bucco-dentaire, pouvant contribuer significativement aux actions de sensibilisation, ne facilite pas l'accès à la bonne information ou l'adoption de pratiques recommandées. Toutefois, certains facteurs peuvent favoriser des comportements favorables à l'hygiène buccodentaire. Ainsi, les résultats de l'étude soutiennent que les élèves ayant déclarée de bonnes conditions sociales de vie sont plus susceptibles à adopter des PHBD favorables. Cela peut être expliqué par le fait que ces élèves sont dans un contexte matériel propice à l'accès aux ressources nécessaires (une brosse à dent et un dentifrice fluoré, accès aux sources de soins bucco-dentaires) pour une bonne pratique d'hygiène bucco-dentaire. Les conditions sociales de vie des ménages peuvent être considérées comme

des proxys de leurs statuts sociaux économiques. Ainsi, une étude slovaque chez les écoliers a montré que l'absence de brossage des dents était associée à un faible statut socioéconomique [17]. Une autre étude réalisée en Australie a conclu que les élèves qui vivaient en zone rurale avec un faible statut socioéconomique avaient développé des habitudes d'hygiènes buccodentaires moins favorables [18]. Les caractéristiques socioéconomiques des chefs de ménages n'ont aucun effet significatif sur la PHBD des enfants. Les ménages sont majoritairement dirigés par les hommes (pères) ; or, il est évident que le management de la santé des enfants dans les familles sénégalaises, notamment en zone rurale, est du ressort de la mère [19]. Cet état de fait peut-être un élément de justification de ce résultat, mais aussi de celui sur le profil de l'utilisateur du brossage.

En revanche, le bâtonnet frotte-dents est utilisé par les garçons et ceux dont les parents ont une scolarisation coranique ou jugent que leurs conditions sociales sont mauvaises. Diatta et al ont relevé, en 2019, des motivations culturelle et religieuse à l'usage du bâtonnet frotte-dents chez les populations du Ferlo, au Nord du Sénégal. Cette dimension spirituelle de l'utilisation du bâtonnet frotte-dents est soutenable dans un pays majoritairement musulman [20].

L'étude présente des forces et des faiblesses. L'une des forces est la qualité du recueil des données. Une enquête de terrain a été réalisée par un enquêteur formé et qui avait une parfaite connaissance du contexte social et culturel du cadre d'étude. La méthode d'échantillonnage est une autre force en ce qu'elle garantit la représentativité de l'échantillon car ne reposant que sur de l'aléatoire systématique. En revanche, un biais de désirabilité sociale était potentiel. En effet, dans des enquêtes dont les données sont déclaratives, les participants ont tendance à donner une bonne image d'elles-mêmes, notamment, quand il s'agissait de renseigner les données relatives au brossage dentaire. Ce fait peut être source de sur ou sous-estimation des résultats.

CONCLUSION

L'étude a révélé une pratique d'hygiène buccodentaire qui implique la quasi-totalité des écoliers mais qui n'est pas convenablement réalisée particulièrement en ce qui concerne la fréquence et les moments de la PHBD. Cette dernière est associée à un déterminisme social. Ces résultats recommandent la nécessité d'améliorer la sensibilisation et l'éducation à l'hygiène buccodentaire en milieu scolaire. La promotion des écoles-santé telle que préconisée par l'OMS participerait à développer la littératie en santé orale des élèves et à prévenir chez eux les conséquences sociales et émotionnelles des maladies buccodentaires. Ces politiques pourront contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

buccodentaires pour lesquelles le monde rural est le plus touché.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Blankson P-K, Amoah G, Thadani M et al.** Prevalence of oral conditions and associated factors among schoolchildren in Accra, Ghana: a cross-sectional study. *Int Dent J.* 2022;72(1):93-9.
- 2. Aidara AW, Bourgeois D.** Prevalence of dental caries: national pilot study comparing the severity of decay (CAO) vs ICDAS index in Senegal. *Odontostomatol Trop.* 2014;37(145):53-63.
- 3. Azodo CC, Agbor AM.** Gingival health and oral hygiene practices of schoolchildren in the North-West Region of Cameroon. *BMC Res Notes.* 2015;8(1):385.
- 4. Amiri M, Barfi R, Amiri S et al.** The relationship between Quality of Life related to oral health status among 8–10-year-old students in Shiraz in 2016–2017. *J Community Health Research.* 2020;9(1):30-3
- 5. Nery NG, Antunes JLF, Jordão LMR et al.** Can the school environment influence oral health-related behaviours? A multilevel analysis of the Brazilian National Adolescent School-Based Health Survey 2015. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(1):23-32.
- 6. Broussouloux S.** Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire [Thèse] [internet]. Université Claude Bernard – Lyon-UFR sciences de l'éducation ; 2016.
- 7. Didier Febvrel.** Fabrique Territoires Santé : école, promotion de la santé et territoires, l'école, un territoire pour la promotion de la santé ? [Internet]. 2019.
- 8. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN et al.** Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD009378.
- 9. Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z et al.** Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(15):E2668.
- 10. Lehtinen A-E, Joronen K, Similä T and al.** School Achievement and Oral Health Behaviour Among Adolescents in Finland: A National Survey. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):125-32.
- 11. Maroya, Kenneth.** Santé bucco-dentaire des adolescents de 12-15 ans à Cotonou, Bénin. [Thèse Chir. Dent], Université de Bordeaux, Bénin, 2014.
- 12. Diawara O, Sidibé TP, Ba B et al.** Prévalence des Maladies Dentaires et Parodontales chez les Élèves de Bamako. *Health Sci Dis.* 2018;19(2):1-5.
- 13. Ba H, Bah M, Ndiaye B, Dieng. M, Gueye EM, Diouss M et al.** Service régional de la statistique et de la démographie de Thiès: situation économique et sociale régionale 2010 ». Thiès, 2010;134p
- 14. Soldani F, Wu J.** School based oral health education. *Evidence-based Dent.* 2018;19(2):36-37
- 15. Ofili DC, Esu EB, Ejemot-Nwadiaro RI.** Oral hygiene practices and utilization of oral healthcare services among in-school adolescents in Calabar, Cross River State, Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2020;36:300.
- 16. Angelopoulou M, Kavvadia K, Oulis C, Reppa C.** Facilitateurs et obstacles à l'hygiène bucco-dentaire chez les écoliers grecs de 10 ans. *Int J Clin Pediatr Dent* 2015;8(2):87-93.
- 17. Štefanová E, Baška T, Holubčíková J et al.** Selected Behavioural Factors Affecting Oral Health in Schoolchildren: Results from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Slovak Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(20):7516.
- 18. Armfield JM, Mejía GC, Jamieson LM.** Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. *Int Dent J.* 2013;63(4):202-9.
- 19. Keita T.** Phénoménologie traditionnelle de l'enfance en Afrique. In : Famille, enfant et développement en Afrique. UNESCO; 1988 p.207.
- 20. Diatta BD, Houël E, Gueye M, Niass O, Boetsch G.** Activités antimicrobiennes des plantes utilisées comme bâtonnets frotte-dents (cure-dents) par les Peul de la commune de Tessékéré (Ferlo Nord, Sénégal). *Int J Biol Chem Sci.* 2019;13(3):1444-57.

Tableau II : Distribution des pratiques d'hygiène buccodentaire selon les caractéristiques de l'échantillon

Variables	Type de pratiques d'hygiène buccodentaire				p
	Gargarisme	Bâtonnet	Brossage	Mixte	
Caractéristiques sociodémographiques de l'élève					
Age					
18 ans ou moins	2 (50%)	5(31,3%)	58(36,7%)	39(31,5%)	0,686
Plus de 18 ans	2 (50%)	11(68,7%)	100(63,3%)	85(68,5%)	
Sexe					
Fille	0 (00%)	3(18,7%)	83(52,5%)	78(62,9%)	0,001
Garçon	4 (100%)	13(81,3%)	75(47,5%)	46(37,1%)	
Niveau d'étude					
Seconde	1 (25%)	6(37,5%)	59(37,4%)	44(37,5%)	0,520
Première	3 (75%)	6(37,5%)	53(33,5%)	53(42,7%)	
Terminale	0 (00%)	4(25%)	46(29,1%)	27(21,8%)	
Caractéristiques sociales familiales					
Chef de ménage (CM)					
Tuteur	0 (00%)	3(18,8%)	25(15,8%)	14(11,3%)	0,872
Mère	1 (25%)	2(12,5%)	31(19,6%)	26(21%)	
Père	3 (75%)	11(68,7%)	102(64,6%)	84(64,7%)	
Scolarité du CM					
Pas scolarisé	1(25%)	3(18,8%)	23(14,6%)	21(16,9%)	0,445
Franco-arabe	1(25%)	1(6,3%)	14(8,9%)	13(10,5%)	
Coran	0(00%)	7(43,7%)	41(25,9%)	40(32,3%)	
Français	2(50%)	5(31,2%)	80(50,6%)	50(40,3%)	
Conditions sociales familiales					
Difficiles	2(50%)	2(12,5%)	6(3,8%)	7(5,6%)	0,009
Moyennes	0(00%)	9(56,2%)	51(32,3%)	45(36,3%)	
Bonnes	2(50%)	5(31,3%)	101(63,9%)	72(58,1%)	

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon et distribution du scores moyens des pratiques d'hygiène buccodentaire

Variables	Echantillon N=302	Scores moyens des PHBD	
	N(%)	Score moyen	p
Age			
18 ans ou moins	104 (34,4%)	5,6±1,7	0,239
Plus de 18 ans	198 (65,6%)	5,9±1,8	
Sexe des élèves			
Fille	164 (53,3%)	5,9±1,7	0,122
Garçon	138 (46,7%)	5,6±1,9	
Série d'étude des élèves			
Littéraire	232 (76,8%)	5,9±1,8	0,022
Scientifique	70 (23,2%)	5,3±1,7	
Chef de ménage			
Père	200 (66,2%)	5,7±1,8	0,348
Mère	60 (19,9%)	6,1±1,7	
Tuteur	42 (13,9%)	5,9±1,9	
Scolarisation du chef de ménage			

Pas scolarisé	48 (15,9%)	6,3±1,3	0,686
Franco-arabe	29 (9,6%)	6,7±1,4	
Coran	88 (29,1%)	6,3±1,2	
Français	137 (45,4%)	6,4±1,4	
Profession du chef de ménage			
Inactif	46 (15,2%)	5,9±1,8	0,337
Ouvrier	145 (48%)	5,6±1,7	
Prof. Intermédiaire	65 (21,6%)	5,9±1,7	
Cadre	46 (15,2%)	6,1±1,8	
Conditions sociales familiales			
Difficiles	17 (5,6%)	5,6±0,9	0,005
Moyennes	105 (34,8%)	6,2±1,4	
Bonnes	180 (59,6%)	6,6±1,3	

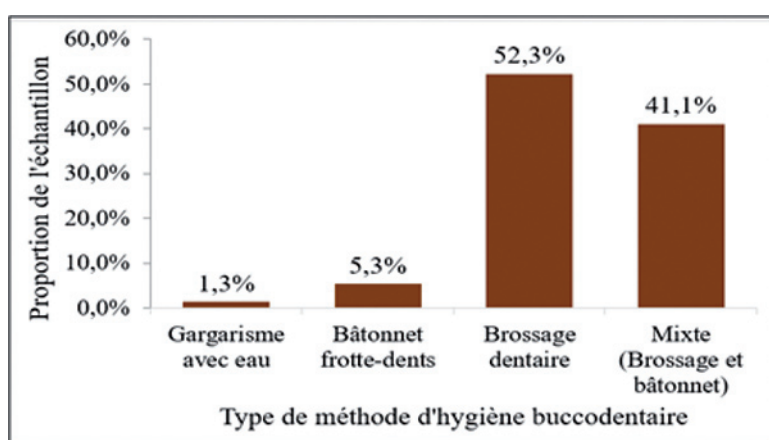


Figure 1 : Distribution de l'échantillon selon les pratiques d'hygiène buccodentaires

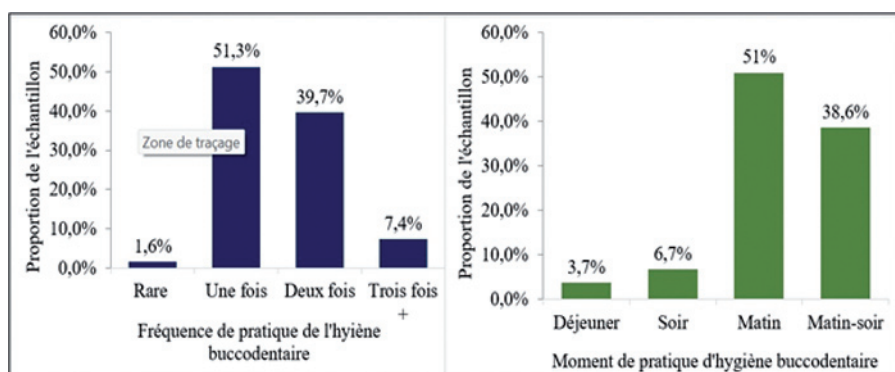


Figure 2 : Distribution de l'échantillon selon la fréquence et le moment de la PHBD