

## ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION SUR LES LÉSIONS DENTAIRES NON CARIEUSES DES PRATICIENS DE DAKAR.

ANALYSIS OF TRAINING NEEDS ON NON-CARIOUS DENTAL LESIONS AMONG PRACTITIONERS IN DAKAR.

NIANG SO<sup>1</sup>, NDIAYE D<sup>1</sup>, SECK A<sup>1</sup>, DIENE MN<sup>1</sup>, DIOP EC<sup>1</sup>, FALL O<sup>2</sup>, FAYE B<sup>1</sup>.

1- Service d'Odontologie Conservatrice, Dakar, Institut d'Odontologie et de Stomatologie, Dakar, Sénégal.

2- Praticien hospitalier Dakar



### Correspondance: Dr Seydina Ousmane NIANG

Maitre-Assistant, Service d'Odontologie Conservatrice et Endodontie, Institut d'Odontologie et de Stomatologie, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Université Cheikh Anta Diop de Dakar BP : 5005 Dakar\_Fann Sénégal

Email : seydingiang@yahoo.fr / seydinaousmane.niang@ucad.edu.sn

Téléphone : (00221) 772059848

### RÉSUMÉ

**Introduction :** L'objectif de l'étude était d'analyser les besoins de formation sur la prise en charge des lésions non carieuses auprès de praticiens de Dakar.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale auprès de praticiens de Dakar du 10 mars au 31 juillet 2021. La démarche de recueil de données s'est appuyée sur une grille FGP (Fréquence, gravité, problème). Chaque Item (pathologie) était crédité d'un score allant de 0 à 2.

L'analyse statistique était faite par le logiciel Jamovi. Le test ANOVA et le test de Student ont été utilisés pour évaluer la différence entre les moyennes des variables. Le niveau de significativité était fixé à  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Au total, 60 praticiens ont participé à l'étude avec une prédominance des hommes (60% soit  $n = 36$ ) et un sex ratio de 1.5.

Les résultats ont montré que l'abfraction et l'attrition sont plus rares avec une fréquence moyenne respectivement de  $0,220 \pm 0,465$  et  $0,280 \pm 0,536$ . Les problèmes de connaissances ont plus concerné la prise en charge préventive de l'abfraction et celle restauratrice de l'abfraction et de l'attrition avec une moyenne respective de  $0,960 \pm 0,781$ ,  $1,140 \pm 0,700$  et  $0,880 \pm 0,659$ . Les problèmes de savoir-faire ont plus concerné la prise en charge préventive et restauratrice de l'abfraction et l'attrition  $1,260 \pm 0,751$  et  $1,060 \pm 0,550$ ,  $1,320 \pm 0,683$  et  $1,14 \pm 0,63$  avec une différence statistiquement significative  $p < 0,05$ .

**Conclusion :** L'étude a montré un réel besoin de formation sur la prise en charge des lésions d'usure dentaire. La perspective de ce travail est la planification d'une formation continue dans ce domaine pour les praticiens.

**MOTS CLÉS :** LÉSION DENTAIRE NON CARIEUSE, CONNAISSANCE, TRAITEMENT, BESOIN DE FORMATION, CHIRURGIEN-DENTISTE, DAKAR

### ABSTRACT

**Introduction:** The objective of the study was to analyze the training needs on the management of non-carious lesions among practitioners in Dakar.

**Methods:** This was a descriptive cross-sectional study with practitioners in Dakar from from March 10 to July 31, 2021. The data collection process was based on an FGP grid (Frequency, severity, problem) with dental practitioners. Each Item (pathology) was credited with a score ranging from 0 to 2.

Statistical analysis was performed using Jamovi software. The ANOVA test and the Student test were used to evaluate the difference between the means of the variables. The significance level was set at  $p < 0.05$ .

**Results:** A total of 60 practitioners participated in the study with a predominance of men (60% or  $n = 36$ ) and a sex ratio of 1.5.

The results showed that abfraction and attrition were rarer with an average frequency of  $0.220 \pm 0.465$  and  $0.280 \pm 0.536$  respectively. The knowledge problems were more concerned with preventive management of abfraction and restorative management of abfraction and attrition with a respective average of  $0.960 \pm 0.781$ ,  $1.140 \pm 0.700$  and  $0.880 \pm 0.659$ . Know-how problems were more concerned with preventive and restorative management of abfraction and attrition  $1.260 \pm 0.751$  and  $1.060 \pm 0.550$ ,  $1.320 \pm 0.683$  and  $1.14 \pm 0.63$  with a statistically significant difference.

**Conclusion:** The study showed a real need for training in the management of dental wear lesions. The perspective of this work is the planning of continuing education in this area for practitioners.

**KEYWORDS:** NON CARIOUS DENTAL LESION, KNOWLEDGE, TREATMENT, ANALYSIS OF TRAINING NEEDS, PRACTITIONERS, DAKAR

## INTRODUCTION

Les lésions dentaires non carieuses sont des lésions d'usure incluant plusieurs modes de destructions des tissus durs de la dent tels que l'émail et la dentine [1]. Les preuves soutiennent une étiologie multifactorielle (chimique, biologique et comportementale) pour ces lésions [1]. Les facteurs étiologiques les plus fréquemment cités comme étant à l'origine du développement de ces lésions sont chimiques par attaque acide non bactérienne, mécaniques et dysfonctionnels (contraintes occlusales) [2].

Les lésions dentaires non carieuses se présentent sous diverses formes dont les érosions, l'abrasion, l'attrition et l'abfraction dentaire [2]. L'érosion est définie comme la perte progressive de tissus dentaires durs dentaires par un processus chimique sans action bactérienne. L'abrasion dentaire correspond à une perte de substance par un processus mécanique exogène, causée par l'introduction d'objets ou de substances en bouche. L'attrition quant à elle, est définie comme perte de tissus dentaire par contact dento-dentaire entre dents antagonistes. La théorie de l'abfraction soutient que la flexion dentaire dans la zone cervicale est causée par des forces de compression occlusales et des contraintes de traction, entraînant des microfractures des cristaux d'hydroxyapatite de l'émail et de la dentine avec une fatigue et déformation de la structure de la dent.

De nos jours, la prévalence de la carie dentaire a tendance à diminuer, alors que celle des lésions d'origine non carieuse est au contraire croissante. De plus en plus de consultations dont elles feront l'objet sont à prévoir du fait des sensibilités et de la gêne esthétique qu'elles sont susceptibles d'entraîner [3]. Les données épidémiologiques existantes dans la littérature sont très discordantes en raison du manque de critères précis permettant de définir la morphologie d'une lésion dentaire non carieuse [4]. Le caractère établi de l'étiologie multifactorielle des lésions cervicales non carieuses rend leur diagnostic d'autant plus délicat. La conception du traitement doit dépendre de l'étiologie, de la taille du défaut, de l'emplacement, des symptômes et de la présence ou de l'absence de récession gingivale [5].

L'évolution technologique au service de l'odontologie conservatrice a permis une meilleure compréhension de ces lésions et une bonne évolution de leur prise en charge [6, 7]. Néanmoins, plusieurs études épidémiologiques dans notre

sous-région ont rapporté une méconnaissance des lésions d'usure dentaire chez les omnipraticiens [8, 9]. Ainsi, l'analyse des besoins de formations permettrait de mieux cerner leurs problèmes de compétence sur la prise en charge les lésions d'usure dentaire et la nécessité de mettre en place une formation continue. Ainsi, l'objectif de la présente étude était d'analyser les besoins de formation sur la prise en charge des lésions dentaires non carieuses (LDNC) chez les praticiens de la région de Dakar.

## I- MÉTHODES

### I-1. TYPE ET CADRE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur les besoins de formation sur la prise en charge des lésions dentaires non carieuses sur la période du 10 mars au 31 juillet 2021.

### I-2. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

L'étude a ciblé les chirurgiens-dentistes exerçant dans la région de Dakar.

Un échantillonnage non probabiliste a été effectué pour le choix des cabinets dentaires ou unités primaires et un échantillonnage exhaustif pour le recrutement des unités secondaire (chirurgiens-dentistes).

### Critères d'inclusion

Étaient inclus, les chirurgiens-dentistes omnipraticiens régulièrement inscrits sur la liste de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du Sénégal, exerçant dans la région de Dakar et ayant accepté de participer à l'étude.

### Critères de non-inclusion

Tous les chirurgiens-dentistes omnipraticiens non disponibles, ou ayant refusé de participer à l'étude n'ont pas été retenus.

### I-3. RECUEIL DE DONNÉES

La démarche de recueil des besoins de formation s'est appuyée sur un questionnaire anonyme. Il était envoyé à tous les praticiens sélectionnés et inscrits sur la liste de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du Sénégal. Les champs du formulaire étaient tous remplis et retournés à l'enquêteur.

## Questionnaires et grille d'analyse

Le questionnaire utilisé était anonyme avec des réponses qui ont été analysées et hiérarchisées en se référant à une grille FGP (Fréquence, Gravité, Problèmes) proposée et publiée par d'Ivernois (Annexe) <sup>[10]</sup>. Il était composé de 8 items et de 24 questions. Chaque Item (thérapeutique ou étapes thérapeutiques) est crédité d'un score allant de 0 à 2 :

- *Fréquence (F)*

Cotée à 0, 1 ou 2 en fonction de l'appréciation que chacun s'en fait au niveau de sa pratique professionnelle. 0 : rare ; 1 : moyennement fréquent ; 2 : très fréquent

- *Gravité (G)*

De la même manière, elle est cotée à 0, 1 ou 2 en fonction de l'appréciation que chacun s'en fait au niveau de sa pratique professionnelle. 0 : bénin ; 1 : moyennement grave ; 2 : très grave.

- *Problèmes (P)*

Le processus de cotation est le même que précédemment. Cette cotation permet de mettre en évidence les problèmes et donc les besoins de formation médicale continue, par rapport aux notions de fréquence et de gravité. Il peut s'agir de problèmes de connaissances (savoir), d'habileté manuelle (savoir-faire), d'aptitude relationnelle (savoir-être).

- 0 : aucun problème,
- 1 : problèmes moyens,
- 2 : beaucoup de problèmes.

Les chiffres attribués aux trois colonnes FGP pour chaque sujet étaient ensuite additionnés sur le questionnaire.

### I-4. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique était faite par le logiciel Jamovi. Les variables quantitatives telles que l'âge, l'expérience des praticiens, les fréquences (F), la gravité, (G) les problèmes (P), étaient exprimés en moyenne et écart type. Celles qualitatives telles que le sexe et le secteur d'activité étaient exprimés en effectif et pourcentage. L'analyse de variance (test ANOVA) était utilisée pour évaluer la différence entre les moyennes des variables (pathologies). Selon le secteur d'activité du praticien, le test de Student à deux échantillons était utilisé. Le niveau de significativité était fixé à  $p < 0,05$ .

## II. RÉSULTATS

### II-1. DONNÉES SOCIO PROFESSIONNELLES

Au total, 60 praticiens ont participé à l'étude avec une prédominance des hommes (60% soit  $n = 36$ ) et un sex ratio de 1.5.

La distribution de l'échantillon en fonction du secteur d'activité a montré que 50% des praticiens (soit  $n = 30$ ) sont du secteur public et l'autre moitié ( $n = 30$  et 50%) du privé.

L'âge moyen dans l'échantillon est de 41 ans  $\pm 12,7$  avec respectivement 42,4 ans  $\pm 14,9$  et 39,4 ans  $\pm 10,4$  chez les omnipraticiens des structures privées et ceux du public.

La moyenne d'années d'expérience des omnipraticiens est de 17,4 ans  $\pm 11,5$  avec respectivement 14,9 ans  $\pm 13,3$  et 12,9 ans  $\pm 9,6$  chez les praticiens du privé et ceux du public.

### II-2. ANALYSE DES BESOINS DE FORMATIONS CHEZ LES PRATICIENS

Elle a concerné l'abrasion, l'érosion, l'abfraction et l'attrition.

#### Abfraction

- La fréquence moyenne du traitement de l'abfraction de  $0,220 \pm 0,465$ .

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de  $0,960 \pm 0,781$  et  $1,260 \pm 0,751$  (Tableau I).

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice, ont une moyenne respective de  $1,140 \pm 0,700$  et  $1,320 \pm 0,683$  (Tableau I).

Tableau I : Besoin de formation sur l'abfraction dentaire chez les praticiens

Pathologie		n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Abfraction	<i>Prévention</i>					
	Fréquence	60	0,22	$\pm 0,465$	0	2
	Gravité	60	0,62	$\pm 0,635$	0	2
	Savoir	60	0,96	$\pm 0,781$	0	2
	Savoir-faire	60	1,26	$\pm 0,751$	0	2
	Savoir être	60	1,32	$\pm 0,621$	0	2
	<i>Restauration</i>					
	Savoir	60	1,14	$\pm 0,700$	0	2
	Savoir faire	60	1,32	$\pm 0,683$	0	2
Savoir être	60	1,2	$\pm 0,606$	0	2	

### Attrition

- La fréquence moyenne du traitement de l'attrition est de 0,280±0,536.
- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 0,04±0,61 et 1,060±0,550 (Tableau II).
- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 0,880±0,659 et 1,14±0,63 (Tableau II).

Tableau II : Besoin de formation sur l'attrition dentaire chez les praticiens

Pathologie		n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Attrition	<b>Prévention</b>					
	Fréquence	60	0,28	± 0,536	0	2
	Gravité	60	0,66	± 0,519	0	2
	Savoir	60	0,84	± 0,618	0	2
	Savoir-faire	60	1,06	± 0,55	0	2
	Savoir être	60	1,02	± 0,589	0	2
	<b>Restauration</b>					
	Savoir	60	0,88	± 0,659	0	2
	Savoir faire	60	1,14	± 0,639	0	2
	Savoir être	60	1,04	± 0,57	0	2

### Abrasion

- La fréquence moyenne du traitement de l'abrasion est de 1,240±0,657.
- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 0,420±0,538 et 0,500±0,505 (Tableau III).
- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 0,440±0,541 et 0,620±0,635 (Tableau III).

Tableau III : Besoin de formation sur l'abrasion dentaire chez les praticiens

Pathologie		n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Abrasion	<b>Prévention</b>					
	Fréquence	60	1,240	0,657	0	2
	Gravité	60	0,880	0,480	0	2
	Savoir	60	0,420	0,538	0	2
	Savoir faire	60	0,500	0,505	0	1
	Savoir être	60	0,540	0,542	0	2
	<b>Restauration</b>					
	Savoir	60	0,440	0,541	0	2
	Savoir-faire	60	0,620	0,635	0	2
	Savoir être	60	0,560	0,501	0	1

### Erosion

- La fréquence moyenne du traitement de l'érosion est de 0,760±0,476.
- Les problèmes de connaissances (savoir) et

de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 0,580±0,538 et 0,820±0,629 (Tableau IV).

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 0,640±0,525 et 0,920±0,634 (Tableau IV).

Tableau IV : Besoin de formation sur l'érosion dentaire chez les praticiens

Pathologie		n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Erosion	<b>Prévention</b>					
	Fréquence	60	0,760	0,476	0	2
	Gravité	60	1,340	0,519	0	2
	Savoir	60	0,580	0,538	0	2
	Savoir-faire	60	0,820	0,629	0	2
	Savoir être	60	0,700	0,463	0	1
	<b>Restauration</b>					
	Savoir	60	0,640	0,525	0	2
	Savoir-faire	60	0,920	0,634	0	2
	Savoir être	60	0,780	0,507	0	2

L'analyse de variance comparant les moyennes FGP des différentes pathologies non carieuses a montré que la fréquence de prise en charge de l'abrasion, la gravité de l'érosion sur le pronostic de conservation de la vitalité pulpaire et les problèmes de savoir (connaissance), savoir-faire et savoir-être dans la prise en charge préventive et restauratrice de l'abfraction et l'attrition ont les moyennes les plus élevées avec des différences statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ) (Tableau V).

Tableau V : Comparaison des moyennes FGP des différentes lésions non carieuses chez les praticiens : Analyse de variance (test ANOVA)

	Abfraction	Attrition	Abrasion	Erosion	P-Value
Fréquence	0,220±0,465	0,280±0,536	1,240±0,657	0,760±0,476	$p < 0,05$
Gravité	0,62 ± 0,635	0,66± 0,519	0,880± 0,480	1,340±0,519	$p < 0,05$
<b>Prévention</b>					
Savoir	0,960±0,781	0,04±0,61	0,420±0,538	0,580± 0,538	$p < 0,05$
Savoir faire	1,260±0,751	1,060±0,550	0,500±0,505	0,820±0,629	$p < 0,05$
Savoir être	1,32± 0,621	1,02± 0,589	0,540±0,542	0,700±0,463	$p < 0,05$
<b>Restauration</b>					
Savoir	1,140±0,700	0,880±0,659	0,440±0,541	0,640±0,525	$p < 0,05$
Savoir faire	1,320±0,683	1,14±0,63	0,620±0,635	0,920±0,634	$p < 0,05$
Savoir être	1,2± 0,606	1,04± 0,57	0,560±0,501	0,780±0,507	$p < 0,05$

## II-3. ANALYSE DES BESOINS DE FORMATIONS SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ DU PRATICIEN

### Abfraction

- La fréquence de sa prise en charge chez les praticiens du privé et ceux du public a

une moyenne respective de 0,190±0,402 et 0,263±0,562.

- Les problèmes de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 1,381±0,740 et 1,158±0,688 chez les praticiens du privé et ceux du public. La différence n'est pas statistiquement significative  $p>0,05$  (Tableau VI).

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 1,286±0,717 et 1,429±0,676 chez les praticiens du privé; 1,053±0,621 et 1,316±0,671 chez ceux du public. La différence n'es pas statistiquement significative ( $p>0,05$ ) (Tableau VI).

Tableau VI : Besoin de formation sur l'Abfraction dentaire selon le secteur d'activité du praticien

Pathologie		Secteur	n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Abfraction	<b>Prévention</b>						
	Fréquence	Privé	30	0,190	0,402	0	1
		Public	30	0,263	0,562	0	2
	Gravité	Privé	30	0,524	0,512	0	1
		Public	30	0,684	0,671	0	2
	Savoir	Privé	30	1,143	0,793	0	2
		Public	30	0,842	0,688	0	2
	Savoir faire	Privé	30	1,381	0,74	0	2
		Public	30	1,158	0,688	0	2
	Savoir être	Privé	30	1,429	0,598	0	2
		Public	30	1,211	0,631	0	2
	<b>Restauration</b>						
	Savoir	Privé	30	1,286	0,717	0	2
		Public	30	1,053	0,621	0	2
	Savoir faire	Privé	30	1,429	0,676	0	2
		Public	30	1,316	0,671	0	2
Savoir être	Privé	30	1,333	0,577	0	2	
	Public	30	1,158	0,602	0	2	

**Attrition**

- La fréquence de leur prise en charge chez les praticiens du privé et ceux du public a une moyenne respective de 0,381±0,669 et 0,211±0,419.

- Les problèmes de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 0,952±0,498 et 1,105±0,459 chez les praticiens du privé et ceux du public. La différence n'est pas statistiquement significative ( $p>0,05$ ) (Tableau VII).

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs-à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 0,857±0,727 et 1,095±0,7 chez les praticiens du privé, et de 1,00 ±0,471 et 1,211±0,419 chez ceux du public. La différence n'est pas statistiquement significative  $p>0,05$  (Tableau VII).

Tableau VII : Besoin de formation sur l'Attrition dentaire selon le secteur d'activité du praticien

Pathologie		Statut	n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Attrition	<b>Prévention</b>						
	Fréquence	Privé	30	0,381	0,669	0	2
		Public	30	0,211	0,419	0	1
	Gravité	Privé	30	0,714	0,561	0	2
		Public	30	0,632	0,496	0	1
	Savoir	Privé	30	0,905	0,7	0	2
		Public	30	0,895	0,459	0	2
	Savoir faire	Privé	30	0,952	0,498	0	2
		Public	30	1,105	0,459	0	2
	Savoir être	Privé	30	0,905	0,625	0	2
		Public	30	1,053	0,524	0	2
	<b>Restauration</b>						
	Savoir	Privé	30	0,857	0,727	0	2
		Public	30	1	0,471	0	2
	Savoir faire	Privé	30	1,095	0,7	0	2
		Public	30	1,211	0,419	1	2
Savoir être	Privé	30	0,905	0,625	0	2	
	Public	30	1,158	0,375	1	2	

**Abrasion**

-La fréquence de leur prise en charge chez les praticiens du privé et ceux du public a une moyenne respective de 1,238±0,700 et 1,316±0,582.

-Les problèmes de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de 0,571 ±0,507 et 0,474±0,513 chez les praticiens du privé et ceux du public. (Tableau VIII).

-Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de 0,524±0,602 et 0,857±0,655 chez les praticiens du privé, et de 0,316±0,478 et 0,526±0.612 chez ceux du public (Tableau VIII). Les différences ne sont pas statistiquement significatives ( $p>0,05$ ).

Tableau VIII: Besoin de formation sur l'Abrasion d'usure dentaire selon le secteur d'activité du praticien

Pathologie		Secteur	n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Abrasion	<b>Prévention</b>						
	Fréquence	Privé	30	1,238	0,7	0	2
		Public	30	1,316	0,582	0	2
	Gravité	Privé	30	0,762	0,539	0	2
		Public	30	0,947	0,524	0	2
	Savoir	Privé	30	0,429	0,598	0	2
		Public	30	0,368	0,496	0	1
	Savoir faire	Privé	30	0,571	0,507	0	1
		Public	30	0,474	0,513	0	1
	Savoir être	Privé	30	0,476	0,512	0	1
		Public	30	0,526	0,612	0	2
	<b>Restauration</b>						
	Savoir	Privé	30	0,524	0,602	0	2
		Public	30	0,316	0,478	0	1
	Savoir-faire	Privé	30	0,857	0,655	0	2
		Public	30	0,526	0,612	0	2
Savoir être	Privé	30	0,667	0,483	0	1	
	Public	30	0,421	0,507	0	1	

**Erosion**

- La fréquence de leur prise en charge chez les praticiens du privé et ceux du public avait une moyenne respective de 0,667±0,483 et 0,789±0,419.

- Sa gravité par rapport au pronostic de la vitalité pulpaire a une moyenne respective de  $1,238 \pm 0,436$  et  $1,421 \pm 0,507$  chez les praticiens du privé et ceux du public.

- Les problèmes de savoir-faire pour sa prise en charge préventive ont une moyenne respective de  $0,952 \pm 0,669$  et  $0,789 \pm 0,535$  chez les praticiens du privé et ceux du public. (Tableau IX).

- Les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire relatifs à sa prise en charge restauratrice ont une moyenne respective de  $0,571 \pm 0,507$  et  $1,048 \pm 0,59$  chez les praticiens du privé et de  $0,789 \pm 0,535$  et  $1,105 \pm 0,567$  chez ceux du public (Tableau IX). Les différences ne sont pas statistiquement significatives ( $p > 0,05$ ).

Tableau IX : Besoin de formation sur l'érosion dentaire selon le secteur d'activité du praticien

Pathologie		Secteur	n	Moyenne	Ecart-type	Mini	Maxi
Erosion	<b>Prévention</b>						
	Fréquence	Privé	30	0,667	0,483	0	1
		Public	30	0,789	0,419	0	1
	Gravité	Privé	30	1,238	0,436	1	2
		Public	30	1,421	0,507	1	2
	Savoir	Privé	30	0,571	0,598	0	2
		Public	30	0,579	0,507	0	1
	Savoir faire	Privé	30	0,952	0,669	0	2
		Public	30	0,789	0,535	0	2
	Savoir être	Privé	30	0,714	0,463	0	1
		Public	30	0,737	0,452	0	1
	<b>Restauration</b>						
	Savoir	Privé	30	0,571	0,507	0	1
		Public	30	0,789	0,535	0	2
Savoir faire	Privé	30	1,048	0,59	0	2	
	Public	30	1,105	0,567	0	2	
Savoir être	Privé	30	0,905	0,436	0	2	
	Public	30	0,789	0,535	0	2	

## DISCUSSION

La présente étude est la première enquête d'analyse des besoins en formation des praticiens de Dakar sur les lésions d'usure dentaire dont la prévalence ne cesse d'augmenter dans le monde [3]. C'est une étude préliminaire pour identifier les besoins en formation continue sur les lésions dentaires non carieuses chez les omnipraticiens. L'analyse des besoins de formations a concerné l'abrasion, l'érosion, l'abfraction et l'attrition.

Au total, 60 praticiens ont participé à l'étude avec une prédominance des hommes (60% soit  $n = 36$ ) et un sex ratio de 1.5. L'âge moyen est de 41 ans  $\pm 12,7$  et la moyenne d'années d'expérience des omnipraticiens est de 17,4 ans  $\pm 11,5$  avec respectivement 14,9 ans  $\pm 13,3$  et 12,9 ans  $\pm 9,6$  chez les praticiens du privé et ceux du public. Cette distribution de la population confirme celle d'études antérieures réalisées dans le même cadre à Dakar. En effet, les travaux de Niang *et al.*, avaient rapporté cette prédominance

des hommes ( $n = 124$ , soit 65.3%) avec un sex ratio de 1,9 [11,12].

La présente étude a pu identifier des besoins de formation sur les lésions d'usure dentaire des omni praticiens (privés et publics). Selon la grille FGP, les résultats ont montré que les lésions les moins fréquemment prises en charge par les chirurgiens-dentistes enquêtés sont l'abfraction et l'attrition avec une fréquence moyenne respective de  $0,220 \pm 0,465$  et  $0,280 \pm 0,536$ . La prise en charge de l'abrasion dentaire est statistiquement plus fréquente que celle des autres lésions ( $p < 0,05$ ). Ces résultats s'expliquent par le fait que ces lésions d'usures sont les moins connues des chirurgiens-dentistes. En effet, les travaux de Ndiaye *et al.*, en 2021 avaient montré que la lésion la plus fréquemment rencontrée par les praticiens de la région de Dakar était l'abrasion avec un taux de réponses de 47%, suivie de la lésion érosive avec 40% et la lésion abfraction pour 31% [8]. De même, une étude similaire réalisée auprès des chirurgiens-dentistes burkinabés sur la fréquence des lésions cervicales non carieuses a montré que la lésion abrasive était la plus rencontrée (68%), suivie de la lésion érosive (14%) et de la lésion abfraction (18%) [13]. Ces taux sont nettement inférieurs à ceux retrouvés par les chirurgiens-dentistes sénégalais. Les travaux de Faye *et al.*, au Sénégal sur la prévalence et les facteurs étiologiques des lésions cervicales non carieuses dans une population sénégalaise avaient montré une prévalence globale de 17,10% avec l'abrasion qui représentait 77,70%, l'abfraction : 12,50% et l'érosion : 9,80% [14]. Kane *et al.*, dans une étude menée au niveau du département de Dakar sur les lésions cervicales non carieuses avait montré une prévalence de 60% pour l'attrition, 25,55% pour l'abrasion, 7,22% pour l'abfraction, 5,55% pour la démastication et 1,68% pour l'érosion [15]. Ces écarts constatés pourraient s'expliquer par des différences au niveau de la méthodologie. En effet, des facteurs tels que l'âge, les modes de vie et le groupe ethnique créent de grandes variations au niveau des chiffres. Toutefois, les auteurs s'accordent sur une augmentation de la prévalence de ces lésions d'usure [1,3]. Cette évolution est due, d'une part, à l'accroissement de l'espérance de vie et d'autre part, à un changement des habitudes alimentaires [2].

Dans la présente étude, les problèmes de connaissances (savoir) et de savoir-faire ont davantage concerné la prise en charge préventive et restauratrice de l'abfraction et de l'attrition

( $p < 0,05$ ). La prise en charge de ces lésions dentaires non carieuses passe par la connaissance du processus étiopathogénique. Elle est nécessaire car elle permet d'une part, de stopper la progression des lésions déjà existantes, et d'autre part, d'instaurer des mesures préventives efficaces pour éviter l'apparition de nouvelles lésions. Cependant, de nombreux aspects des lésions d'usure, plus particulièrement l'abfraction et l'attrition, ne sont pas encore clairement élucidés par les praticiens. Et, il semble aussi que ces derniers trouvent certaines difficultés à bien les prendre en charge<sup>[16]</sup>. Un traitement adapté et parfois pluri-disciplinaire permettra de stopper leur progression<sup>[17]</sup>.

L'ensemble des participants ont estimé que l'abrasion était très fréquente avec moins de problèmes de savoir, savoir-faire et savoir être, quel que soit le secteur d'activité du praticien. L'érosion est plus rare selon les omnipraticiens; cependant, sa gravité par rapport au pronostic de conservation de la vitalité pulpaire est plus importante selon les omnipraticiens du secteur public avec une moyenne  $1,421 \pm 0,507$ . Mais la différence n'est pas statistiquement significative ( $p > 0,05$ ).

Les problèmes de connaissance et de savoir-faire dans la prise en charge des lésions non carieuses en général chez les omnipraticiens s'expliquent d'une part par la diversité des facteurs étiologiques et des formes cliniques et d'autre part, par la récente intégration des lésions d'usure dentaire dans les programmes de formation initiale. Ce qui suggère la mise en place de formation continue dans le domaine avec un programme bien adapté aux besoins des chirurgiens-dentistes pour une meilleure prise en charge des lésions d'usure dentaire.

## CONCLUSION

Il ressort de cette étude un réel besoin de compétence sur la prise en charge des lésions d'usure dentaire. Les lésions les moins fréquemment prises en charge sont l'abfraction et l'attrition. Aussi, les problèmes de connaissances et de savoir-faire concernent-ils beaucoup plus la prise en charge préventive et restauratrice de ces lésions. En perspective, la planification d'une formation continue dans le domaine des lésions dentaires non carieuses pour les praticiens et/ou une réactualisation des programmes de la formation initiale contribueront optimiser à leur prise en charge.

## RÉFÉRENCES

1. LEVITCH LC, BADER JD, SHUGARS DA, HEYMANN HO. Non-carious cervical lesions. *J Dent*. 1994 ; 22(4) :195-207.
2. RUSU A, POPESCU MR, DRAGOMIR LP, POPESCU DM, ARSENIU CC, RAUTEN AM. Identifying the Etiological Factors Involved in the Occurrence of Non-Carious Lesions. *Curr Health Sci J* 2019; 45(2):227-234.
3. KOLAK V, PEŠIĆ D, MELIH I, LALOVIĆ M, NIKITOVIĆ A, AKOVLJEVIĆ A. Epidemiological investigation of non-carious cervical lesions and possible etiological factors. *J Clin Exp Dent* 2018; 10(7):648-656.
4. TEIXEIRA DNR, THOMAS RZ, SOARES PV, CUNE MS, GRESNIGT MMM, SLOT DE. Prevalence of non-carious cervical lesions among adults: A systematic review. *J Dent* 2020;95:103285.
5. LIANG JP. [Research progress in non-carious cervical lesions]. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2020; 55(5):323-328.
6. HAYASHI M, KUBO S, PEREIRA PNR, IKEDA M, TAKAGAKI T, NIKAIIDO T, TAGAMI J. Progression of non-carious cervical lesions: 3D morphological analysis. *Clin Oral Investig*. 2022; 26(1):575-583.
7. JOSIC U, MARAVIC T, MAZZITELLI C, RADOVIC I, JACIMOVIC J, DEL BIANCO F, FLORENZANO F, BRESCHI L, MAZZONI A. Is clinical behavior of composite restorations placed in non-carious cervical lesions influenced by the application mode of universal adhesives? A systematic review and meta-analysis. *Dent Mater*. 2021; 37(11): e503-e521.
8. NDIAYE D, NIANG SO, SECK A, DIENE MN, DIOP EHC, FAYE B. Fréquence et prise en charge des lésions cervicales non carieuses : enquête auprès des chirurgiens-dentistes dakarois. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2021 ; 28(1) :12-17.
9. KABORE WAD, BANE K, FALL M, NIANG SO, FAYE B. Problèmes terminologiques et facteurs étiologiques des lésions dentaires non Carieuses : Enquête auprès de chirurgiens-dentistes burkinabè. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2015 ; 22(1) :5-10.
10. IVERNOIS JF. Un instrument pour l'évaluation des besoins de formation en matière de FMC. Bulletin de l'ASFORMED 1978 ; n°8. In : *Concours Médicale* 1978 ;100 :7383-7387.
11. NIANG SO, AÏDARA AW, KABORÉ WAD, BANE K, SECK A, SNOUSSI W, FAYE B. Évaluation radiographique des traitements endodontiques et du délai des restaurations coronaires : étude préliminaire au niveau de structures hospitalières de Dakar. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2016; 23(4):26-30.

12. NIANG SO, DIENE MN, DIALLO MT, DIOP EC, NDIAYE L, BANE K. Connaissance et attitudes des chirurgiens-dentistes de la région de Dakar dans la prise en charge endodontique des dents à pulpe nécrosée. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2020,27(1):11-17.
13. NDIAYE D, BANE K, NIANG SO, SECK A, KABORE WAD, OUEDRAGO CDW, LEYE BENOIST F, FAYE B. Fréquence et prise en charge des lésions cervicales non carieuses : enquête auprès des chirurgiens-dentistes burkinabés. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2015; 22(4):5-10.
14. FAYE B, SARR M, KANE AW, TOURE B, LEYE F, BANE F, DIENG MM. Prévalence et facteurs étiologiques des lésions cervicales non carieuses: Etude dans une population sénégalaise. *Odontostomatol Trop* 2005; 112:19-23.
15. KANE AW, FAYE B, SARR M, LO CH. MB, BA D. Prévalence des lésions dentaires non carieuses dans le département de Dakar. *Odontostomatol Trop* 2004; 108:15-18.
16. BHUNDIA S, BARTLETT D, O'TOOLE S. Non-carious cervical lesions - can terminology influence our clinical assessment? *Br Dent J.* 2019; 227(11):985-988.
17. FEMIANO F, GRASSIA V, FEMIANO R, VITALE M, NUCCI L, SORICE R, DI FRANCESCO F, DE MARCO G, LANZA A. Decision-making process as guide to the management of non-carious cervical lesions with and without painful symptomatology. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2019; 33(4):1013-1018.

## ANNEXE

Grille « Fréquence-Gravité-Problèmes » (FGP) utilisée en formation médicale continue pour l'évaluation des besoins de formation (d'après d'Ivernois J.F <sup>[10]</sup> ).

Chaque participant cote de la manière suivante :

Item Lésions dentaires non carieuses	Fréquence	Gravité	Problème			Total
			Savoir	Savoir faire	Savoir être	
1- Abrasion prévention	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
2- Abrasion restauration	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
3- Erosion prévention	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
4- Erosion restauration	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
5. Abfraction prévention	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
6. Abfraction restauration	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
7. Attrition prévention	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	
8. Attrition restauration	0->	0->	0->	0->	0->	
	1->	1->	1->	1->	1->	
	2->	2->	2->	2->	2->	