

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Mouloud Mammeri de TIZI-OUZOU

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du diplôme de docteur en Médecine Dentaire

Présenté et soutenu publiquement

Le 25/06/2024

Thème :

**Audit des activités de soins bucco-
dentaires aux UDS, commune de Tizi
Ouzou**

Réalisé et présenté par :

SAIDI Nada

ADEL Kahina

GUIDOUCHE Ibtissem

GHARBI Yousra

DRISSI Rania

ABBOUD Sidali

Encadreur : Dr LAKABI N.

Co-encadreur : Dr SAIDI F.

Composition de jury : Dr CHEHRIT O : Président.

Dr SAHEB F : Examinatrice.

Dr MAKHLOUFI A : Examinatrice.

Année universitaire : 2023/2024.

Remerciements

ALLAH (swt)

Nous tenons tout d'abord à remercier du plus profond de tout cœur le grand Dieu miséricordieux, de nous avoir donné la force, le courage, la connaissance et la volonté pour surmonter les épreuves que nous avons rencontré et la patience pour réaliser ce modeste travail.

A notre promotrice Dr LAKABI N

Nous voudrions remercier en premier lieu notre promotrice Dr N. LAKABI, maitre assistante, cheffe de département de médecine dentaire et cheffe de service d'odontologie conservatrice/endodontie du CHU Tizi Ouzou.

A notre co-promotrice Dr SAIDI F

Maitre assistante en épidémiologie, nous vous remercions vivement pour l'aide et le soutien apporté, pour votre disponibilité, votre patience, votre temps et vos conseils précieux tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

Au Dr Chehrit O

Maitre-assistant en parodontologie, Chef de service de parodontologie, CHU de Tizi Ouzou. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ce mémoire, et d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Dr SAHEB F

Maitre assistante en odontologie conservatrice et endodontie, votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur. Veuillez trouver dans ce modeste travail, l'expression de notre vive reconnaissance et notre profonde estime.

A Dr MAKHLOUFI A

Assistante en épidémiologie et médecine préventive, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous vous remercions également pour vos conseils qui nous ont guidé et votre aide dans la réalisation de ce travail. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude.

Enfin, à toute personne ayant contribué directement et indirectement à la réalisation de ce modeste travail, ainsi que tous ceux qui nous ont accompagnés durant tout notre cursus universitaire, vous avez toute notre gratitude.

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mes parents : J'apprécie vraiment chaque moment que j'ai vécu avec vous, au fond je sais que je ne suis pas le meilleur fils que vous puissiez avoir, mais garantie, je ferai de mon mieux pour vous satisfaire.

Je suis chanceux d'avoir des parents comme vous, les choses que vous avez fait pour moi sont inestimables et je ne peux en aucun cas vous récompenser.

J'espère qu'il n'y a pas trop de sentiments impliqués, vous savez bien que je vous chéris.

Ma frangine : Je me souviens de l'époque où j'étais petit et tu me tenais la main pour errer dans la ville, tu étais là pour me défendre, pour me transmettre ton savoir et renforcer mes racines pour combattre les tempêtes de la vie.

Ce petit enfant est aujourd'hui un adulte qui est prêt à vous servir pour le reste de sa vie.

Mohamed et Ali : Les mots ne suffisent pas pour exprimer mon amour pour vous, mes petits anges.

A tous ceux qui ont participé de proche ou de loin à ma réussite

ABBOUD Sidali

Dédicaces

Je dédie ce mémoire avec grand amour et fierté :

À mon cher papa,

Aucun mot ne saurait jamais exprimer l'immensité de ton importance à mes yeux. Merci pour chaque instant, chaque effort, et chaque sacrifice que tu as fait pour moi au fil des années. Grâce à toi, ta fille est aujourd'hui devenue médecin dentiste.

À ma chère maman,

Tu es la lumière qui éclaire chaque pas de mon chemin dans cette vie. Sans ta présence, je n'aurais jamais atteint cette étape. Tu as fait d'innombrables sacrifices pour moi. J'espère de tout cœur qu'aujourd'hui, tu es fière de moi.

À ma précieuse fleur, Rofáida,

Je te remercie du fond du cœur pour ton soutien infailible tout au long de mes années d'études et pour ta patience infinie face à mes humeurs changeantes.

À mes adorables petites sœurs, Raním, Alaa, Assíl,

Merci d'être mes sources infinies de bonheur et d'inspiration, votre amour m'a toujours encouragé à donner le meilleur de moi-même.

À mes chères amies, Thanína, Iness, Kawther,

Pour votre soutien, vos encouragements et les moments de joie partagés. Je vous aime

SAIDI NADA

Dédicaces

D'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers Dieu pour toutes les bénédictions qu'il a répandues dans ma vie.

Je dédie ce travail à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à mon parcours vers le succès, avec une reconnaissance particulière à...

Ma chère mère, tes bras ont toujours été mon refuge, ton amour ma force. Chaque mot de soutien, chaque geste tendre ont tissé la toile de mon existence. Merci pour tout, pour être ma lumière dans l'obscurité. Je t'aime plus que les mots ne puissent l'exprimer.

Mon cher père, ton amour et ta sagesse ont été mon phare. Chaque pas que j'ai fait, tu as été là pour m'encourager. Tes conseils m'inspirent chaque jour. Merci mon héros.

Ma grand-mère, merci pour vos prières qui m'ont accompagné tout au long de mes études, grâce auxquelles je suis là. Que Dieu te préserve en santé et te donne une longue vie.

Ma sœur unique *Amira* et son mari *Ibrahim*, merci pour tout votre amour. Et un grand merci pour avoir donné le plus beau cadeau de ma vie, ma petite princesse "*Tasnim*"

Cher Mohamed Ayoub, mon petit frère qui a grandi et est devenu mon pilier.

Celui qui a toujours été à mes côtés, à mon soutien précieux, *Mohamed Amine*.

Ma meilleure amie *Ikhlas*, tu es une personne extraordinaire dans ma vie. Merci d'être toujours là pour moi.

Lamia et chaïma, mes chères amies, vous êtes bien plus que des sœurs pour moi. Merci pour votre soutien inconditionnel.

Ma dentiste *Fatima Zahra*, merci pour tes précieux conseils. Tu es une source d'inspiration pour moi.

Ibtissem

Dédicaces

Je dédie cet humble et modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

À mes chers parents ; nulle dédicace n'est susceptible de vous exprimer mes immenses gratitudees pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour mes études. Puisse dieu vous prêter bonne santé et longue vie afin que je puisse, à mon tour, vous combler.

À mes frères et sœurs ; en témoignage de fraternité, avec mes souhaits de bonheur de santé et de succès.

À mon fiancé ; qui n'a jamais cessé de me soutenir et de m'épauler dans les moments difficiles.

À mes collègues ; pour leur expertise, leur soutien professionnel et les moments de détente.

Adel Kahina

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

A mes chers parents, les piliers de ma vie, pour leur dévouement sans faille, leur amour infini, leur tendresse inconditionnelle, leur soutien indéfectible et leurs prières qui ont éclairé chaque pas de mon chemin académique. Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance éternelle envers vous, pour tout ce que vous avez fait et continuerez de faire pour moi. Vous êtes mes héros, ma source d'inspiration et ma plus grande bénédiction. Que dieu vous protège et vous garde.

A ma chère sœur, pour sa force inspirante, son amour et son soutien sans limites.

A Dr. Touloun et Dr. Sennin, pour leur aide, leur gentillesse et leur collaboration avec moi dans le cadre de la recherche pour préparer ce mémoire.

A tous ceux qui ont participé de proche ou de loin à mon soutien et ma réussite.

Merci à Dieu pour sa présence et la présence des personnes comme vous dans ma vie. Que Dieu accepte notre travail et nous récompense pour tous les efforts des années d'études passées.

Rania

Dédicaces

À ma chère maman,

Sans toi, je ne serais pas là aujourd'hui. Tu as été à mes côtés dans les hauts et les bas, m'aidant à bâtir cette carrière. Ton soutien et sagesse durant les moments difficiles, tes prières incessantes, tes nuits blanches passées à veiller sur moi et tes innombrables sacrifices ont rendu tout cela possible. Ta présence et ton amour inconditionnel sont indispensables à ma vie. Je ne peux même pas imaginer comment je vais survivre sans toi. Tu mérites tout le bonheur du monde, et je continuerai à te rendre fière de moi dans cette vie et au-delà.

À mon cher papa,

Ce mémoire est le fruit de tes sacrifices et de ton amour. Je te le dédie avec tout mon amour et ma gratitude. Ton soutien, tes conseils et ta confiance en moi ont été des piliers essentiels dans mon parcours. Tu as été à mes côtés dans les moments de doute et de réussite, et c'est en grande partie grâce à toi que j'ai pu arriver jusqu'ici. Il n'y a rien que je sollicite et que tu ne me fournisses pas. Merci pour tout ce que tu as fait. Je vais continuer à travailler dur pour te rendre fier de moi.

À mon grand et unique frère,

Même avec notre différence d'âge, nous sommes comme des jumeaux. Je t'ai toujours admiré et considéré comme mon modèle. Merci d'être cette source constante d'inspiration et de soutien dans ma vie.

À ma tante Zohra. S,

Qui nous a quittés cette année, ton absence est douloureusement ressentie. Je me souviens combien tu tenais à me voir obtenir mon diplôme et à quel point tu étais impatiente de devenir ma première patiente. Je regrette profondément que tu ne puisses être présente et de ne pas pouvoir partager ce moment avec toi. Ta mémoire restera toujours vivante en moi. Ton amour et ton soutien continuent de m'inspirer chaque jour. Ce travail est un hommage à ta mémoire et à tout ce que tu as fait pour moi. Que Dieu t'accorde sa miséricorde et t'accueille dans son vaste paradis.

YousGha

Liste des abréviations

AF : Année Fondamentale.

APC : Assemblée Populaire Communale.

AS : Année Secondaire.

C : Cellulite.

CAO : Indice carieux des dents permanentes cariées, absentes ou obturées.

cao : Indice carieux des dents temporaires cariées, absentes ou obturées.

CD : Compact Disc.

CEM : Collège d'Enseignement Moyen.

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

CIM : Circulaire Inter Ministérielle.

CM : Circulaire ministérielle.

CNTSSU : Comité National Technique de la Santé scolaire et Universitaire.

CVI : ciment verre-ionomère.

D : Dentinite.

DDM : Dysharmonie Dento-Maxillaire.

DNS : Différence Non Significative.

DS : Différence Significative.

DSPS : Direction de la Santé et de la Protection Sociale.

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité.

EPSP-DBK : Etablissement public de santé de proximité Draa Ben Khedda.

I : Instrumentation.

II : Instruction Interministérielle.

LIPOE : Lésion Inflammatoire Péri-apicale d'Origine Endodontique.

MTA : Mineral Trioxide Aggregate.

OC/E : Odontologie conservatrice / Endodontie.

ODF : Orthopédie dento-faciale.

P : Pulpite.

P value : Probability value.

PBD : Pathologie bucco-dentaire.

RAA : Rhumatisme Articulaire Aigue.

RCI : Risque Carieux Individuel.

SEMEP : Service d'épidémiologie et de Médecine Préventive.

SFOP : Société Française de l'Odontologie pédiatrique.

T1 : Premier trimestre de l'année 2023/2024.

T2 : Deuxième trimestre de l'année 2023/2024.

UDS : Unité de Dépistage et de Suivi.

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.

VS : Versus.

Liste des figures

Figure 1 : Photo représentant la santé dans le milieu scolaire [21].....	5
Figure 2: Slogan du ministère de la santé Algérien [22].....	10
Figure 3: Slogan du ministère de l'éducation algérien [23].....	11
Figure 4: Slogan du ministère de l'intérieur algérien [24].....	12
Figure 5 : Slogan de l'association nationale des parents d'élèves algérienne [25].	12
Figure 6: Clinomobile [26].....	16
Figure 7: photo qui regroupe l'ensemble de personnel de l'UDS [27].	19
Figure 8 : Médecin généraliste.[27]	20
Figure 9: Chirurgien dentiste [27].....	20
Figure 10: Assistante dentaire [27].	20
Figure 11 : Mesure de pression artérielle par l'infirmier [27].	20
Figure 12 : Psychologue [27].	21
Figure 13 : Orthophoniste [27].....	21
Figure 14 : Activité de vaccination [27].....	25
Figure 15 :Schéma du programme prophylactique [31].....	30
Figure 16 : Examen bucco-dentaire [27].....	33
Figure 17 : éducation théorique à l'hygiène bucco-dentaire [40].	34
Figure 18 : Examen de l'état bucco-dentaire par le chirurgien dentiste [40].	34
Figure 19 : plateau d'examen bucco-dentaire [41].	34
Figure 20 : Fauteuil dentaire [42].....	35
Figure 21: soins dentaire au composite [43]	36
Figure 22 : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon les UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période d'étude.....	55
Figure 23 : Répartition des enfants pris en charge pour des soins bucco-dentaires au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période d'étude selon le sexe.....	56
Figure 24 : l'âge des enfants pris en charge en soins bucco-dentaires des différents UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	56
Figure 25 : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le type d'établissement de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	57
Figure 26 : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon les classes cibles de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	58
Figure 27 : Représentation schématique des pourcentages des dents permanentes et	

temporaires atteintes chez les enfants des classes cibles et non-cibles.....	61
Figure 28 : Répartition des enfants orientés selon le motif posé.....	63
Figure 29 : Répartition des orientations réalisées selon la spécialité en odontologie.....	63
Figure 30 : Répartition des enfants suivis selon le traitement instauré.....	64

Liste de organigrammes

Organigramme N°01 : Répartition des enfants des classes cibles selon le cycle et l'année d'étude	58
Organigramme N°02 : Répartition des enfants des classes non cibles selon le cycle d'étude	59

Liste des tableaux

Tableau I : représente les caractéristiques des locaux des UDS .	17
Tableau II: représentation du mobilier , matériel et instrumentation médicale.....	18
Tableau III : L'effectif de personnel dans les UDS sur l'ensemble de territoire national en 2022.....	21
Tableau IV : l'effectif de l'équipe médicale au sein des UDS entre 1997 et 2022 à l'échelle nationale .	22
Tableau V : Matériel nécessaire pour la restauration à l'amalgame.....	37
Tableau VI : Matériel nécessaire pour la restauration au composite .	37
Tableau VII : Matériel nécessaire pour l'obturation provisoire .	37
Tableau VIII : Instrumentation de détartrage.....	38
Tableau IX : Instruments d'extraction dentaire.....	38
Tableau X : Matériaux de coiffage.....	38
Tableau XI : Représentation du nombre des dentistes et des élèves attachés à chaque UDS	49
Tableau XII : représentation de l'aménagement de chaque cabinet dentaire des quatre UDS.....	50
Tableau XIII : représentation du mobilier de chaque cabinet dentaire des UDS de la commune de Tizi-Ouzou .	50
Tableau XIV : représentation du matériel médical des différents cabinets dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou .	51
Tableau XV : Représentation de l'instrumentation et du consommable disponibles des différents cabinets dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou.....	52
Tableau XVI : Répartition des enfants pour le dépistage dans les différents UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.....	53
Tableau XVII : Support d'évaluation du dépistage selon (cao) et (CAO) des différentes UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.....	54
Tableau XVIII : Support d'évaluation de l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les différents UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.....	54
Tableau XIX : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le type de convocation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	59
Tableau XX : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le type de convocation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	60

Tableau XXI : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le diagnostic posé au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	60
Tableau XXII : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le traitement entrepris au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	62
Tableau XXIII : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon l'orientation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	62
Tableau XXIV : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le suivi au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.....	64

Sommaire

Introduction	1
Objectifs	2
Partie théorique	
Chapitre I : la santé scolaire en Algérie.	
1. Définition de la santé scolaire	5
2. Historique de la santé scolaire	5
3. Les objectifs de la santé scolaire	7
3.1. Objectif institutionnel	7
3.2. Objectifs généraux.....	7
3.3. Objectifs intermédiaires.....	8
4. Organisation de la santé scolaire	8
5. Fonctionnement	10
5.1. Réglementation.....	10
5.2. Coordination intersectorielle.....	10
5.2.1. Secteur de la santé	10
5.2.2. Secteur de l'éducation	11
5.2.3. Les collectivités locales.....	12
5.2.4. Les associations des parents d'élèves.....	12
6. Le rôle de la médecine scolaire	12
6.1. Le suivi médical des élèves	12
6.2. L'éducation à la santé et la prévention	13
Chapitre II : Les unités de dépistage et de suivi en Algérie.	
1. Définition.....	15
2. Modalités de création des UDS	15
3. Locaux	16
3.1. Localisation	16
3.2. L'aménagement des UDS	16
3.3. Normes d'utilisation	19
4. Équipe de travail des UDS	19
4.1. Personnel médical.....	20
4.2. Personnel paramédical.....	20
4.3. Personnel spécialisé	21
5. Evolution des UDS.....	21
6. Différentes affections dépistées par les UDS	23
7. Activités de dépistage et de suivi	24
7.1. Activités de dépistage	24
7.2. Vaccination	25
7.3. Éducation pour la santé.....	25
7.4. Hygiène et salubrité des établissements scolaires.....	25
7.5. Éducation physique et sportive	25
7.6. Coordinations intersectorielles	25
7.7. Évaluation.....	26
7.8. Vacances scolaires.....	26
8. Programme national de santé scolaire	26
8.1. Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire	27

8.1.1. Objectifs.....	27
8.1.2. Organisation	28
8.1.3. Coordination intersectorielle	28
8.1.4. Principaux problèmes	28
8.1.5. Définition de la carie dentaire.....	28
8.1.6. Programme prophylactique à choisir	30
8.1.7. Population cible	31
8.1.8. Stratégie de mise en œuvre.....	32
8.1.8.1. La prévention primaire	33
8.1.8.2. La prévention secondaire.....	35
8.1.9. Système d'information	39
8.1.10. Renforcement du programme au cours des années.....	39
Partie pratique	
1. Matériels et méthodes.....	45
1.1. Type de l'étude.....	45
1.2. Population et lieu de l'étude.....	45
1.3. La durée de l'étude.....	45
1.4. Déroulement de l'étude.....	45
1.4.1. Phase préparatoire	45
1.4.2. Préparation de fiches d'enquêtes	46
1.4.3.Phase de déroulement.....	47
2.Résultats	49
2.1. Présentation des UDS de la commune de TIZI OUZOU.....	49
2.2. Etats des lieux des UDS de la commune de TIZI OUZOU	49
2.2.1. Aménagement.....	49
2.2.2.Mobilier	50
2.2.3 Matériel médical	50
2.2.4. Instrumentation.....	51
2.3. Activités intersectorielles.....	52
2.4. Audit des pratiques.....	53
2.4.1. Activité de dépistage.....	53
2.4.2. Éducation de la santé bucco-dentaire.....	54
2.5. Audit d'observation de la prise en charge	55
2.5.1. La population d'étude.....	55
2.5.2. Selon le sexe.....	55
2.5.3. Selon l'âge.....	56
2.5.4. Selon le type d'établissement.....	57
2.5.5. Selon les classes cibles	57
2.5.6. La convocation.....	59
2.5.7. Le motif de consultation	59
2.5.8. Le diagnostic.....	60

2.5.9. La dent concernée	61
2.5.10. Traitement instauré.....	61
2.6. L'Orientation.....	62
2.6.1. Le motif d'orientation.....	62
2.6.2. La Spécialité concernée.....	63
2.7. Le Suivi	64
2.7.1. Le motif de suivi.....	64
3. Discussion	66
3.1. Contraintes et biais	66
3.2. Discussion des résultats.....	66
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	74
Annexes.....	78

INTRODUCTION

ET

OBJECTIFS

Introduction

Au sein de la société contemporaine, la population scolarisée occupe une place centrale tant sur le plan social que sur celui de la santé publique. En effet, les enfants et les adolescents constituent une tranche de la population particulièrement importante, non seulement pour leur rôle de futurs citoyens, mais également en raison de leur vulnérabilité aux maladies, notamment les problèmes bucco-dentaires [1].

Ces problèmes dentaires, bien qu'étant des affections courantes, revêtent une importance particulière chez les enfants en raison de leurs particularités anatomiques et physiologiques. Leur dentition en développement et leurs habitudes alimentaires peuvent accroître leur susceptibilité à la carie dentaire, faisant de la prévention et de la prise en charge précoce des enjeux cruciaux [1].

La perte précoce des dents de lait, souvent due à la carie, peut avoir des conséquences significatives sur la santé bucco-dentaire à long terme, impactant la mastication, la phonétique, et même la confiance en soi des enfants. Par conséquent, la préservation de la santé dentaire dès le plus jeune âge revêt une importance capitale [2].

L'intervention de la santé scolaire et des unités de dépistage et de suivi (UDS) joue un rôle déterminant dans la lutte contre les problèmes bucco-dentaires au sein de la population scolarisée. Ces entités fournissent des services de dépistage, de traitement et d'éducation, contribuant ainsi à promouvoir des habitudes de vie saines, prévenir les affections dentaires et faire du milieu scolaire "un incubateur de santé" favorisant la réussite scolaire et le développement mental convenable [3].

Ces activités de soins bucco-dentaires sont menées selon un plan prédéfini et dans le cadre d'une intersectorialité ministérielle, s'inscrivant dans des conditions prédéfinies par le ministère de la santé dans son programme annuel bucco-dentaire. Cette approche coordonnée garantit une couverture optimale des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents, tout en assurant une utilisation efficace des ressources, une application adaptée et une intégration harmonieuse dans le système de santé global [3].

Face aux entités cliniques rencontrées dans les écoles, il est impératif d'adopter une attitude proactive et collaborative. En regroupant les professionnels de la santé, les autorités locales et les responsables des établissements scolaires, il est possible d'instaurer un environnement propice à la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents, garantissant ainsi leur bien-être et leur épanouissement tant sur le plan académique que personnel [3].

Problématique

Les élèves scolarisés de la commune de Tizi-Ouzou ont des besoins en santé bucco-dentaire.

-Où est ce qu'ils sont pris en charge ?

-Quelles sont les stratégies adoptées ?

-Quelles sont les activités de soins bucco-dentaires réalisées au niveau des unités de dépistage et de suivi de la commune ?

Objectifs

Objectif principal

Décrire les pratiques professionnelles des soins bucco-dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou.

Objectifs secondaires

-Décrire l'état des lieux et les conditions de déroulement des activités bucco-dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou.

-Estimer le taux de prise en charge dentaire totale de la population scolarisée.

-Déterminer le rôle de la coordination intersectorielle au niveau communal dans la prise en charge de l'enfant scolarisé.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I
La santé scolaire
en Algérie

1. Définition de la santé scolaire

La santé scolaire consiste en un dispositif qui favorise la réussite scolaire des élèves et contribue à réduire les inégalités en matière de santé. Elle permet la surveillance constante du bien-être des enfants car, leur santé apparaît comme une condition essentielle pour pouvoir bénéficier d'une éducation de qualité. Inversement, une éducation sanitaire favorable permet aux enfants de posséder les clés pour maintenir et améliorer leur santé ainsi que celle de leur entourage [4].



Figure 1 : photo représentant la santé dans le milieu scolaire [21].

C'est un ensemble de programmes qui offrent un environnement sain et fournissent les soins médicaux dont les élèves ont besoin, ainsi que des repas scolaires nutritifs et attrayants pour eux, une attention particulière à l'activité physique et une éducation à la santé, ainsi que des programmes qui améliorent la santé des enseignants et le personnel de l'école [5].

Ainsi, la santé scolaire peut être définie comme : « l'ensemble des activités tendant à améliorer et à protéger la santé collective ou individuelle, mentale ou physique des élèves dans les établissements d'enseignement ou d'éducation, quel que soit leur âge. Ce service doit être national et central, ainsi, il va échapper aux contingences locales... » [7].

Elle est destinée essentiellement à promouvoir la santé en milieu scolaire, avec notamment le suivi médical des élèves et la mise en place d'actions de prévention au sein des établissements. Elle est également chargée d'une mission de santé publique dans le suivi de l'état des enfants en général [7].

2. Historique de la santé scolaire

Les origines de la santé scolaire remontent au début du XII^{ème} siècle en Europe sous forme d'initiatives médico-sociales venant d'associations religieuses caritatives dirigées souvent vers les plus défavorisés [6].

L'État instaura des écoles gratuites et obligatoires, ce qui imposa la surveillance de l'état de santé des élèves et des enseignants. Néanmoins, ce sont les écoles privées qui ont été les premières à mettre en place le concept de la promotion de la santé scolaire [6].

Pendant la période coloniale en Algérie, en 1872, les autorités françaises ont introduit un service de santé destiné aux écoles, ce service était initié par un décret impérial et débuta à Alger avant d'être étendu progressivement aux autres villes [6].

Après la seconde guerre mondiale, une structure centralisée désignée par la direction de l'hygiène scolaire est créée à Alger, pour lutter contre la malnutrition et les maladies transmissibles spécialement la tuberculose, mais ces programmes étaient principalement destinés aux populations européennes et aux algériens vivant dans les zones où elles étaient implantées, excluant ainsi une grande partie du pays [6].

Ce n'est qu'en 1955 que l'académie d'Alger a commencé d'élargir ces services de santé scolaire pour inclure à la fois le dépistage et la prévention contre les maladies allant au-delà du concept purement curatif [6].

À l'indépendance, l'Algérie garde les mêmes structures héritées du système colonial et dénombre 82 centres médico-scolaires concentrés dans les grandes et petites villes, et transfère l'hygiène scolaire du secteur de l'éducation nationale à celui de la santé publique. À partir de ce transfert, la circulaire du 3 mars 1964 a permis d'unifier les services de santé et de mettre en place la médecine préventive pour les enfants scolarisés, tout en intégrant les médecins divisionnaires dans la médecine de secteur, leur rôle était d'appliquer cette politique tout en assurant une transition sans nuire à la santé des élèves [6].

Le décret du 4 avril 1966 a institué la nécessité de la mi-temps dans le secteur privé, le nombre global des médecins exerçant dans le secteur public augmente pour atteindre les 150 [6].

Après la création des secteurs de santé, l'hygiène scolaire est intégrée aux activités de base des centres de santé et des polycliniques [6]. En 1980, les ministères de la santé et de l'éducation nationale ont organisé un séminaire atelier à Annaba pour déterminer les objectifs de la protection sanitaire en milieu éducatif. Ce séminaire était la source des textes et de règlements relatifs à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire qui veillent à l'hygiène des établissements scolaires ainsi qu'à la prise en charge des affections dépistées et la coordination entre les deux secteurs [3].

En 1985, vient l'instauration de la loi (85.5) relative à la promotion de la santé dans ses articles 77 à 82. Elle a pour objectif de prendre en charge la santé des élèves et des enseignants dans leur milieu scolaire. Cela implique le contrôle de leur état de santé, et l'organisation d'activités d'éducation sanitaire ainsi que la vérification de la salubrité des locaux. Cette loi est redéfinie par le séminaire atelier intersectoriel (santé – éducation – collectivités locales) de Bejaia en janvier 1989, qui vise à offrir à l'enfant un ensemble de prestations couvrant tous les plans : préventif, curatif et éducatif, afin de lui assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social (objectifs institutionnels). En plus de deux circulaires, l'une relative à la coordination et à l'organisation et l'autre à l'évaluation des activités de la protection sanitaire en milieu scolaire [3].

Lors d'un séminaire intersectoriel tenu à Sidi Fredj en avril 1991 et coorganisé par les ministères de la santé et de l'éducation nationale, il a été souligné la nécessité d'adopter une approche par objectifs de santé pour la médecine scolaire. Les conclusions de ce séminaire ont mis en lumière plusieurs points clés :

- Améliorer la qualité des examens systématiques en ciblant les affections les plus courantes.
- Évoluer le système d'information et d'évaluation des programmes en cours.
- Encourager les initiatives locales en mettant en œuvre des programmes adaptés dès que possible [3].

Les activités des assises nationales de la santé scolaire à Zéralda le 9 et 10 juillet 2002 ont été consacrées à l'évaluation des activités précédentes, la coordination ainsi que la prise en charge des maladies non transmissibles en milieu scolaire. Le changement de la carte sanitaire en 2007/2008 visait à améliorer significative la couverture sanitaire des élèves. Suite à cela, des mesures ont été prises, notamment la mise en place des visites médicales régulières pour tous les élèves de la 1^{ère} année primaire à la 3^{ème} année secondaire, avec une attention particulière aux classes d'examens. L'ancien système de classes cibles et intercalaires a été abandonné pour garantir une couverture totale et complète [3].

3. Les objectifs de la santé scolaire

Le ministère de la santé et de la population a fixé les objectifs de santé scolaire dans son manuel de base datant de 1995, qui sont les suivants :

3.1. Objectif institutionnel

“Fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur le plan préventif et éducatif afin de leur assurer un développement harmonieux physique, mental, intellectuel et social”.

3.2. Objectifs généraux

- Améliorer la qualité des prestations et le niveau de couverture sanitaire en milieu scolaire et universitaire.
- Développer des actions sanitaires basées sur l'approche par programme.
- Promouvoir l'éducation sanitaire dans les écoles, lycées et universités.
- Impliquer tous les secteurs concernés par la santé scolaire et universitaire (Santé, Education, Collectivités locales, Parents d'élèves).

Dans le cadre du programme national, puis en application des conclusions du séminaire relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire et suite aux travaux du comité (CNTSSU), le plan d'action portant sur l'amélioration des prestations médico-sanitaires au profit des élèves et étudiants comporte des mesures transitoires qui préparent une réorganisation de la santé scolaire. C'est ainsi qu'une nouvelle organisation de la santé scolaire, telle que prévue par la circulaire interministérielle n°01 du 06 avril 1994 portant le plan de réorganisation de la santé scolaire, vise à mettre en œuvre progressivement un plan de redressement basé sur 4 axes (objectifs intermédiaires).

3.3. Objectifs intermédiaires

- Mettre en œuvre les moyens humains et matériels correspondant à l'importance de la population à couvrir.
- Améliorer les conditions et le contenu de la visite médicale systématique de dépistage.
- Mettre en place un suivi plus rigoureux des affections dépistées visant une amélioration de leur prise en charge.
- Faire participer les autres secteurs concernés par la santé scolaire.

4. Organisation de la santé scolaire

Durant les années 80, il a été constaté l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités d'hygiène scolaire, trop souvent réduites à de rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel [3].

Partant de ce constat, les ministères de la santé et de la population, l'éducation nationale et de l'intérieur et des collectivités locales ont décidé de mettre en œuvre progressivement un plan de redressement et un programme national qui :

- Ne doit pas se limiter aux aspects médicaux de l'hygiène scolaire, mais devra imposer la notion de santé scolaire ;
- Doit être préparé et mis en application progressivement jusqu'en septembre 1997 avec une évaluation et un réajustement périodique ;

-Doit préciser les objectifs minima communs et fournir les informations et les moyens indispensables aux personnels de base, afin qu'ils puissent choisir les modalités d'organisation et d'action les plus adaptées à leur situation, les mieux intégrées au plan local d'action sanitaire [8].

Ce plan comportait des mesures transitoires qui ont été engagées dès le début de l'année 1994 et qui ont préparé une nouvelle organisation de la santé scolaire [9].

La première mesure, consiste en la désignation d'un coordinateur de la santé scolaire, dans le cadre des activités du SEMEP de chaque secteur sanitaire (on parle plus de secteur sanitaire, mais plutôt d'établissement public de santé de proximité -EPSP- selon le décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007). Ce coordinateur aura pour tâche d'aider ses confrères et les autres intervenants à mettre en œuvre les actions destinées à réorganiser la santé scolaire [9].

Plusieurs mesures sont ensuite mises en œuvre concernant les locaux, le personnel et la collaboration entre les secteurs :

Locaux

L'implantation des nouvelles unités de dépistage et de suivi doit se faire selon la disponibilité des locaux au niveau de la commune couvrant chaque circonscription pédagogique [9].

Personnel

Pour renforcer les effectifs médicaux en santé scolaire, le personnel médical est affecté aux activités de santé scolaire selon des normes définies et selon le besoin [9].

Collaboration entre les secteurs

Les déplacements des élèves vers ces unités se font en groupes accompagnés d'enseignants, avec une collaboration entre médecins, inspecteurs, directeurs d'établissements et enseignants dans diverses activités, telles que la préparation des visites médicales, la gestion des dossiers médicaux des élèves, et la coordination des soins avec les spécialistes disponibles dans le cas échéant [9].

5. Fonctionnement

5.1. Réglementation

Les opérations inhérentes à la santé scolaire sont réglementées par des lois, des décrets, des circulaires interministérielles (CIM) et des circulaires ministérielles (CM). Les différents textes ou extraits textuels qui concernent les activités de santé scolaire se trouvent soit :

- Annexés au projet de guide ;
- Dans le guide à l'usage des personnels chargés de la protection sanitaire en milieu éducatif ;
- Dans la brochure "Actes et conclusions du séminaire-atelier relatif aux objectifs spécifiques de la médecine scolaire" à Sidi Fredj du 20 au 22 avril 1991 [3].

5.2. Coordination intersectorielle

L'organisation des activités sanitaires en milieu scolaires est basée sur l'intersectorialité, elle s'effectue par l'intégration des 4 secteurs : secteur de la santé, de l'éducation, des collectivités locales, et de l'association des parents d'élèves [3].

Chaque secteur dispose de sa propre structure organisationnelle, conformément à ses lignes hiérarchiques spécifiques. Toutes les décisions prises par les divers organes convergent afin de coordonner les activités de santé scolaire, lesquelles sont exécutées sur le terrain par des "équipes de santé scolaire" [3].

Le rôle de chaque secteur est défini comme suit :

5.2.1. Secteur de la santé

-La formulation et la rédaction des textes réglementaires tels que les arrêtés et les circulaires qui encadrent l'ensemble des activités de santé scolaire, en cohérence ou en collaboration avec les secteurs pertinents ;

-Le processus de recrutement, d'affectation et de supervision du personnel médical et paramédical en fonction des besoins de la population scolarisée et des normes énoncées dans la circulaire interministérielle (CIM) n°1 datée du 6 avril 1994 ;

-L'aménagement des Unités de Soins et de dépistage (UDS) intégrées aux structures de santé telles que les polycliniques et les centres de santé, ainsi que l'approvisionnement en mobilier de bureau, matériel médical, instrumentation et consommables (produits médicaux, lingerie, papeterie, etc.) ;



Figure 2 : Slogan officiel du ministère de la santé national [22].

-Face à l'impossibilité de déplacer les élèves des zones reculées vers des UDS fixes, la solution est la mise à disposition de clinomobiles aux équipes de santé scolaire ; il convient de préciser que cela remplacera l'UDS dans ce contexte ;

-L'établissement d'une coopération avec les bureaux communaux d'hygiène pour contrôler l'hygiène et la salubrité dans les établissements scolaires (conformément à la CIM n° 49 du 21 novembre 1983) et la garantie de l'envoi des rapports d'inspection aux autorités compétentes (commune, direction de l'éducation et direction de la santé) [3] ;

- le secteur sanitaire EPSP doit organiser la prise en charge des affections dépistées et suivies par :

- L'utilisation rationnelle des spécialistes disponibles ;
- Le recrutement de spécialistes en cas de besoin ;
- La collaboration des spécialistes du CHU ou du secteur le plus proche ;
- Des conventions avec des spécialistes privés si nécessaire [9].

5.2.2. Secteur de l'éducation

-Recensement des locaux à transformer en UDS, au sein des établissements scolaires.

-Prise de décision relative à la création et à l'implantation des UDS, en coordination avec les secteurs pertinents ;

-Construction ou aménagement des UDS intégrées aux établissements scolaires, y compris l'approvisionnement en équipements (matériel consommable et non consommable) ;

-Élaboration, impression et distribution des dossiers médico-scolaires ainsi que des questionnaires destinés aux parents et enseignants ;

-Soumission au secteur sanitaire de la liste exhaustive de tous les établissements scolaires, indiquant leur emplacement dans chaque commune, les effectifs d'élèves répartis par classe et parcours pédagogique ;

-Diffuser les textes organisant et réglementant la santé scolaire et veiller à leur application ;

-Correction des anomalies signalées dans les rapports d'inspection des équipes sanitaires intervenant dans les établissements éducatifs [3].



Figure 3 : Slogan du ministère de l'éducation algérien [23].

5.2.3. Les collectivités locales

Principalement lié à l'hygiène scolaire, le rôle des collectivités locales est de :

-Veiller à l'hygiène et à la salubrité des établissements scolaires du 1er et 2ème palier ;

-Approvisionner les établissements scolaires en eau potable et assurer le traitement de cette dernière ;

-En cas de l'indisponibilité d'un local pour l'implantation d'une UDS, ces collectivités veillent à construire ou bien aménager une UDS et l'équiper en matériel consommable et non consommable sur le budget « du plan communal de développement » ;

-Assurer le déplacement des groupes d'élèves accompagnés d'enseignants vers les unités de dépistage et de suivi ; ce n'est que dans l'impossibilité de trouver un local mieux adapté ou un moyen de transport pour les élèves de certaines écoles éloignées, que ces élèves pourront être examinés dans des salles de classes bien préparées. Les autorités communales et le secteur sanitaire (EPSP) devront alors collaborer pour assurer le transport de l'équipe de santé scolaire vers l'école [9] ;



Figure 4: Slogan du ministère de l'intérieur algérien [24].

5.2.4. Les associations des parents d'élèves

Constituant un lien direct avec les élèves, ces associations ont pour objectif de :

- Sensibiliser les parents d'élèves et les informer afin qu'ils puissent prodiguer une éducation sanitaire à leurs enfants ;

- Contribuer à fournir des boîtes pharmacie, des pèse-personnes, l'équipement sportif, etc. Aux élèves ;

-Collaborer avec la direction des établissements scolaires à l'entretien des locaux [3].



Figure 5 : Slogan de l'association nationale des parents d'élèves algérienne [25].

6. Le rôle de la médecine scolaire

6.1. Le suivi médical des élèves

La fonction de la médecine scolaire ne se résume pas aux soins ponctuels dispensés aux élèves. Elle assure également des missions en lien avec le suivi médical des enfants,

notamment l'organisation des bilans de santé, en particulier l'examen obligatoire à l'âge de 6 ans, et des examens médicaux périodiques, notamment au moment de l'orientation scolaire et professionnelle [10].

Son rôle consiste également à mettre en place un dossier de santé pour chaque élève, avec le contrôle des vaccinations à travers les vaccinations de rappel et saisonnières, ainsi qu'à l'entrée dans les écoles [10].

De plus, elle permet l'identification des élèves en difficulté et de ceux souffrant de troubles du développement, du langage ou de l'apprentissage, notamment les problèmes de santé pouvant constituer un risque (asthme, diabète, allergies, épilepsie, troubles du comportement). Ainsi, l'équipe médico-scolaire est un partenaire essentiel dans le suivi quotidien de la santé [10].

6.2. L'éducation à la santé et la prévention

En concertation avec le directeur d'établissement et les enseignants, l'équipe médico-scolaire organise des actions de prévention et d'éducation à la santé au sein même de l'établissement. Les thèmes abordés sont divers, tels que l'hygiène bucco-dentaire, en raison du développement rapide de la carie dentaire chez les enfants, l'équilibre alimentaire, la maltraitance, la puberté et les drogues (toxicomanie). L'équipe médico-scolaire participe également à la surveillance de l'environnement scolaire en matière d'hygiène et de sécurité. En cas d'événements graves ou traumatisants survenant dans la communauté scolaire (épidémies, alertes de santé publique, accidents, etc.), elle planifie des dispositifs d'intervention adaptés [10].

Chapitre II
Les unités de
dépistage et de suivi
en Algérie

1. Définition

L'unité de dépistage et de suivi de santé scolaire est une infrastructure de soutien, implantée à l'intérieur de l'établissement scolaire, destinée à la couverture sanitaire d'une circonscription scolaire [11].

Elle est chargée de détecter la maladie au niveau scolaire le plus tôt possible afin de stopper sa diffusion, et réaliser un suivi régulier sur le développement de l'état de santé des enfants afin d'empêcher l'apparition des complications [12].

2. Modalités de création des UDS

Les UDS des établissements scolaires sont créées par l'instruction interministérielle N°02 du 27 avril 1995 dans le cadre de la mise en œuvre du plan de réorganisation de la santé scolaire [13].

Elles sont créées par décision conjointe du directeur de l'éducation de Wilaya et du directeur de la santé et de la protection sociale, après l'avis du directeur du secteur sanitaire localement compétent [13].

La gestion et le fonctionnement de l'UDS sont cependant basés sur le plan médical et technique. L'équipement ainsi que la fourniture de produits consommables sont pris en charge par les services compétents de l'éducation [13].

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire [13].

L'équipe de travail de l'UDS est tenue au respect du règlement intérieur de l'établissement scolaire et assure sa présence dans les établissements qu'elle couvre durant toute l'année scolaire. Elle est dans l'obligation de suivre les sessions de formation organisées à son intention par le ministère de la santé et de la population, y compris pendant les périodes de vacances scolaires. Le médecin de l'UDS établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale durant la période des vacances [3].

Le programme annuel est arrêté par le médecin de l'UDS conjointement avec le(s) directeur(s) des établissements scolaires, concernés, conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire au milieu scolaire. Il est soumis à l'approbation du secteur sanitaire compétent [3].

3. Locaux

Étant donné que les salles de classe sont inadaptées pour effectuer un dépistage scientifiquement valide, il est impératif de localiser et d'aménager d'autres locaux mieux adaptés, chaque fois que cela est possible. Ces espaces seront organisés en unités de dépistage et de suivi (UDS) [9].

3.1. Localisation

Dans le but de répondre à la nécessité de proximité vis-à-vis de la population scolaire, il est impératif de doter au minimum une UDS au siège administratif de chaque commune, celle-ci étant concomitante à une ou plusieurs écoles fondamentales intégrées. Elle sera utilisée selon les normes proposées par le CNTSSU et doit être inscrite au programme de développement communal [9].

- Les unités de santé de base étaient les plus aptes à accueillir les nouvelles “ unités de dépistage et suivi ”.
- Certains établissements scolaires pouvaient mettre à la disposition de la santé scolaire des locaux nécessaires.

À partir de 1995, pour améliorer les services de santé pour les élèves, il a été décidé d'augmenter le nombre de praticiens médicaux en santé scolaire, affectés aux UDS (Unités de Santé Scolaire) dans les établissements scolaires. Les nouvelles UDS seront prioritairement créées dans les lycées, technicums et écoles fondamentales avec des locaux adaptés, couvrant chacune une circonscription pédagogique [13].

- Là où il n'existe aucune de ces deux possibilités, les autorités communales devront chercher des locaux disponibles, les aménager et en assurer l'entretien et le gardiennage.
- Dans les zones éparées, l'acquisition et l'utilisation de clinomobiles est à envisager [9].



Figure 6: Clinomobile [26].

3.2. L'aménagement des UDS

C'est l'instruction ministérielle du 24 mars 1997 qui a fixé les caractéristiques d'une unité de dépistage et de suivi (UDS). Pour assurer leur fonctionnement optimal, il est nécessaire d'attribuer à ces unités des locaux, du mobilier, du matériel médical et une instrumentation qui correspondent aux caractéristiques suivantes [14] :

Tableau I : représente les caractéristiques des locaux des UDS.

Locaux	Nombre	Surface m ²	Aménagement
Cabinet médical	1	12	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo.
Vestiaires	2	2x2	Chauffé avec un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente.
Salle paramédicale	1	15	Bien éclairée, chauffée et équipée d'un évier.
Salle d'attente	1	25	Bien aérée, chauffée avec accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée.
Blocs sanitaires	2	2x6	Comprenant chacun 2W-C et un lavabo et donnant accès vers le hall.
Hall d'entrée	1	6	A munir de double porte d'accès Vers la porte et vers la salle d'attente.
Cabinet dentaire	1	15	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée.

Source : programme national de santé ; IIN° 144 ; 24/03/1997 ; p.114

Le mobilier et l'équipement médical requis pour une UDS sont répertoriés dans le tableau ci-dessous [14] :

Tableau II : représentation du mobilier, matériel et instrumentation médicale.

Local	Mobilier	Matériel médical	Instrumentation
Cabinet dentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau (1) - Chaise (2) - Classeur métallique (1) - Armoire vitrée (1) - Seau à pédale (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fauteuil dentaire (1) - Unit dentaire (1) - Compresseur d'air (1) - Lampe dentaire(éclairage) (1) - Stérilisateur (1) - Siège opérateur (1) - Meuble dentaire(instruments) (1) - Radio dentaire (1) 	<ul style="list-style-type: none"> Daviers : *Daviers supérieurs : -Davier pour incisive du haut (2) - Davier pour canine du haut (2) -Davier pour prémolaire du haut (2) -Davier pour molaire du haut (2) (Denture permanente) -Davier pour molaire du haut (2) (Denture lactéale) - Davier à racines (1) * Daviers inférieurs : -Davier pour incisives du bas (2) -Davier pour canines du bas (2) -Davier pour prémolaire du bas (2) (Denture permanente) -Davier pour molaire du bas (2) (Denture lactéale) Davier à racines (1) Syndesmotomes : -Syndesmotome droit (2) -Syndesmotome coudé (2) Élévateurs : - Élévateur de Bernard (1) -Élévateur droit (2) -Élévateur américain droit (1) -Élévateur américain gauche (1) Miroir (5) Excavateur (2) Sonde (3) Précelle (3) Plateau en inox (5) Boite de pulpectomie (1) Seringue métallique (1) Fraises pour turbine – boule (1 boîte) -Cylindrique (1 boîte) -Conique (1 boîte) Amalgamateur (1) Pistolet à amalgame (1) Matrice (1) Porte-matrice (1) Spatule à bouche (1) Brunissoir (1) Fouloir (1) Plaque en verre (1) Tambour (2)

Cabinet médical	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau (2) - Chaise (4) - Paravent (1) - Classeur métallique (1) - Porte-manteaux (4) - Banc (2) - Tabouret à vis hauteur variable (2) - guéridon roulant (1) - Armoire métallique (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pèse-personne (1) - Toise (1) - Échelle optométrique (1) - Armoire vitrée à pharmacie (1) - Poupinel p.m. (1) - Escabeau à 2 marches (1) - Seau à pédale (2) - Thermomètre (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensiomètre pour adulte (1) - Tensiomètre pour enfant (1) - Stéthoscope (1) - Otoscope (1) - Marteau à réflexe (1) - Spéculum nasal (1) - Boîte à instruments p.m. (2) - Ciseaux droits (1) - Pinces à griffes (2) - Pinces sans griffes (2) - Pinces Kocher (2) - Tambour (2) - Haricot (2) - Abaisse-langue métallique (1) - Flacon pissette en plastique (4)
-----------------	--	---	---

Source : programme national de santé ; IIN° 144 ; 24/03/1997 ; pp.114-116

3.3. Normes d'utilisation

Selon les normes de la CIM n°1 du 06/04/1994, le ministère de la santé a déterminé un nombre spécifique d'élèves autorisés à être pris en charge au sein de chaque UDS, comme suit :

-Une population scolaire de 8000 élèves dans une commune nécessite l'utilisation d'une UDS avec un médecin et un dentiste à plein temps (toute la semaine).

-Quand la population scolaire est inférieure à 8000 élèves, ce local sera utilisé à temps partiel en raison de 1 jour par semaine, par tranche de 1500 élèves, et pourra servir à d'autres activités de santé le reste du temps.

-Quand la population scolaire est supérieure à 8000 élèves, il faut prévoir une autre UDS (de 10 000 à 16 000 élèves) ou plusieurs, dans la même commune, si leur éloignement le justifie. -Dans le cas où la surface du local suffit, il conviendra d'ajouter à l'UDS de la commune, un cabinet médical et un cabinet dentaire par tranche de 8000 élèves [9].

Actuellement, en raison de la nécessité d'assurer une couverture sanitaire effective et d'améliorer la prise en charge sanitaire en milieu scolaire, le nombre d'élèves pris en charge par le médecin de l'UDS à temps plein est réduit à 4000 [15].

4. Équipe de travail des UDS

Les unités de dépistage et de suivi (UDS) effectuent leurs missions grâce à des équipes pluridisciplinaires composées de professionnels médicaux, appui par un personnel paramédical et



Figure 7: photo qui regroupe l'ensemble de personnel de l'UDS [27].

spécialisé, dont la rémunération est assurée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière [16].

Ces unités sont déployées non seulement au sein des établissements scolaires, mais également dans des structures de santé et au niveau des communes, disposant de locaux spécifiquement dédiés à cet objectif. L'affectation de ces équipes médicales et paramédicales vers les écoles et les centres de santé où les élèves sont suivis dépend de la nouvelle organisation des activités de santé scolaire, incluant la préparation, la programmation, le dépistage, le suivi et l'évaluation, ainsi que de la densité de la population et du nombre d'établissements scolaires [17].

4.1. Personnel médical

Le corps médical inclut un praticien de médecine générale ainsi qu'un chirurgien-dentiste. L'inclusion du médecin dentiste au sein du personnel médical est précisément déterminée par un programme spécifique à la santé bucco-dentaire [18].

Le personnel médical de l'UDS assure l'application des activités médicales et bucco-dentaires citées dans le programme national de santé scolaire en coordination avec le médecin coordinateur de santé scolaire [3].

Dans le cadre de ces activités, il est impératif d'attribuer un ou plusieurs médecins par commune. Leurs affectations (précisant le lieu et le temps, plein ou partiel) se feront d'abord par redéploiement du personnel médical existant au niveau du secteur sanitaire (EPSP), puis par réintégration technique au SEMEP du secteur sanitaire EPSP des médecins qui auraient pu être recrutés « parallèlement » pour des établissements scolaires ou des communes [9].

Dans l'éventualité où certains postes ne pourraient être comblés, il serait judicieux d'en informer la direction de la santé et de la protection sociale (DSPS) en vue d'un redéploiement des effectifs au niveau de la wilaya (mutations inter-secteurs) ou pour envisager de nouveaux recrutements [3].

4.2. Personnel paramédical

Il sera nécessaire d'affecter un à deux infirmiers ou infirmières par médecin pendant toute la durée de son activité de santé scolaire. Le personnel paramédical recruté et supervisé par le secteur de l'éducation, devrait être principalement affecté aux UDS



Figure 8 : Médecin généraliste [27]. Figure 9: Chirurgien-dentiste [27].



Figure 31 : Mesure de pression artérielle par l'infirmier [27].



Figure 32: Assistante dentaire [27].

implantées dans les établissements scolaires [3].

Actuellement, l'assistant dentaire est inclus dans le personnel et joue les rôles suivants : l'accueil et l'installation de l'élève au fauteuil dentaire, l'assistance technique du professionnel, la préparation de l'ensemble des instruments, matériels et matériaux dentaires nécessaires à l'intervention du médecin dentiste, ainsi que la gestion de la chaîne de stérilisation des dispositifs [18].

4.3. Personnel spécialisé

Il est constitué de psychologues et d'orthophonistes, les spécifications des profils des psychologues sont détaillées dans le programme spécifique de santé mentale [18].

Le nombre de personnel dans les UDS sur l'ensemble du territoire national, selon les statistiques du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en 2022, est présenté dans le tableau ci-après ;

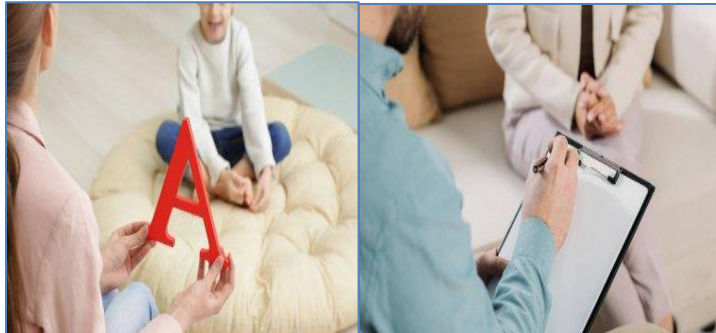


Figure 33 : Orthophoniste [27].

Figure 34 : Psychologue [27].

Tableau III : L'effectif de personnel dans les UDS sur l'ensemble de territoire national en 2022 [18].

Personnel	Médecins généralistes	Médecins dentistes	Psychologues	Orthophonistes	Agents paramédicaux
Nombre	1887	1654	1639	40	1816

Source : Ministère de la santé et de la population en décembre 2023.

5. Evolution des UDS

En Algérie, la politique de santé scolaire repose sur le déploiement des unités de dépistage et de suivi (UDS). Depuis leur création, ces UDS ont connu une évolution d'année en année pour l'ensemble des wilayas du pays avec cependant des différences notables dues à la densité de la population de chacune de ces wilayas et par conséquent aux effectifs d'élèves scolarisés ainsi qu'à l'existence d'établissements scolaires dans chaque wilaya [19].

Le nombre d'unités de dépistage scolaire a connu une évolution importante en dix ans ; il est passé de 822 en 1997 à 1187 unités en 2007, soit une augmentation de 365 UDS [19].

De 2003 à 2007, le nombre de médecins a crû de 1095 à 1724, celui des médecins-dentistes est passé à 1 130, celui des psychologues de 201 à 494 et celui des paramédicaux de 2063 à 2254. En matière de dépistage des affections en milieu scolaire, la synthèse des rapports de

2007, issus des UDS, fait état d'une couverture sanitaire touchant 92% du total des élèves, contre 59% en 2001 [19].

En 2014-2015, le nombre d'UDS implantées dans les établissements scolaires était de 1485 avec un encadrement de 5903 personnels médicaux, dont 1539 médecins généralistes, 1329 chirurgiens-dentistes, 1067 psychologues scolaires et 1968 agents paramédicaux [19].

En 2019-2020, le nombre d'unités de dépistage et de suivi (UDS) existant à travers le territoire national a atteint 1923, dont 1349 UDS implantées dans les établissements scolaires, 447 UDS implantées dans des structures de santé et 127 autres UDS implantées dans les locaux dégagés par les collectivités locales. Le personnel exerçant au niveau de ces unités s'élevait à 2233 médecins, 1975 dentistes, 1797 psychologues et 2576 paramédicaux [20].

En 2022 et après la pandémie de COVID-19, le nombre d'unités de dépistage et de suivi (UDS) est resté stable à 1923. Le personnel travaillant dans ces unités a diminué, 1887 médecins, 1654 dentistes, 1639 psychologues et 1816 paramédicaux [18].

Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des effectifs cités.

Tableau IV : l'effectif de l'équipe médicale au sein des UDS entre 1997 et 2022 à l'échelle nationale.

Année	Nombre d'UDS	Médecins	Dentistes	Psychologues	Paramédicaux
1997	822	ND	ND	ND	ND
2007	1187	1724	1130	494	2254
2015	1485	1539	1329	1067	1968
2020	1923	2233	1975	1797	2576
2022	1923	1887	1654	1639	1816

Source : Elaboré à partir des données citées ci-dessus

Du tableau IV, on remarque que le nombre d'UDS a été multiplié par 2 pendant plus d'une vingtaine d'années, et les effectifs médicaux ont augmenté entre 300 et 1400 selon les spécialités en une durée de plus de 10 ans.

En plus, à cause de COVID-19 en 2022, on a remarqué une diminution considérable des effectifs médicaux, avec 346 médecins, 321 dentistes, 158 psychologues et surtout une grande diminution de 760 paramédicaux seulement en l'espace de 2 ans ; c'est important de noter ces chiffres pour comprendre l'impact de la pandémie sur les effectifs médicaux.

Ce qui donne une image de l'insuffisance des infrastructures et des effectifs médicaux nécessaires à cette opération de santé scolaire.

6. Différentes affections dépistées par les UDS

Les visites systématiques du personnel de santé au niveau des écoles, permettent la détection précoce de diverses maladies lors de l'examen clinique des enfants scolarisés et d'initier un traitement approprié et un suivi si nécessaire. De plus, ces interventions offrent l'opportunité de prendre des mesures préventives contre la propagation des maladies transmissibles. Parmi ces maladies on trouve [3] :

Problèmes relevant d'un programme national :

- Rhumatisme articulaire aigu (RAA)
- Malnutrition protéino-énergétique
- Anémie carencielle
- Goitre (dans les régions d'endémie)
- vaccinations

Problèmes désignés comme prioritaires par le séminaire de sidi Fredj :

- Problèmes bucco-dentaire
- Problèmes visuels
- Problèmes de santé mentale

Problèmes reconnus comme sévères par le Comité National Technique de Santé Scolaire et Universitaire (CNTSSU) :

- Insuffisance rénale chronique (Problèmes uro - néphrologiques)
- Diabète
- Asthme
- Épilepsie
- Hypoacousie
- Conjonctive chronique
- Déformation des membres

Problèmes reconnus comme très fréquent par CNTSSU :

- Gâle
- Pédiculose
- Rhinite chronique
- Déformation du rachis
- Parasitose intestinale
- Ectopie testiculaire
- Énurésie

7. Activités de dépistage et de suivi**7.1. Activités de dépistage**

Pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, le praticien doit :

-Pratiquer une visite médicale systématique de dépistage minutieuse qui comporte une analyse des questionnaires avec un interrogatoire et un examen physique, comme elle pourrait être suivie d'une prescription ou d'une éventuelle inscription au suivi [18].

-Préciser et susciter la participation attentive, des enseignants et des parents, pour signaler certains troubles pouvant survenir en cours d'année, ainsi que la présence d'un parent pour chaque élève a l'entretien et l'examen médical, est pour but de, préciser le diagnostic et l'expliquer au parent, afin d'assurer une prise en charge correcte [18].

-Établir un registre reclassant les élèves à suivre. Ce registre de suivi regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés les années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis [18].

-Le médecin ayant pratiqué la visite médicale de dépistage est responsable du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens-dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire) qui doivent être rigoureux ce qui permettra d'éviter toute déperdition et tenu au respect du secret médical [18].

7.2. Vaccination

Le médecin de santé scolaire est chargé de l'organisation et de la réalisation de la vaccination en milieu scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire, le médecin chef du SEMEP et les directeurs des établissements scolaires relevant de l'UDS [18].



Figure 35 : Activité de vaccination [27].

7.3. Éducation pour la santé

Les activités d'éducation pour la santé constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire [18].

Le médecin de santé scolaire peut établir un programme d'éducation pour la santé, relatif aux problèmes de santé prévalent à l'échelle locale, et ça conjointement avec les directeurs et les enseignants des établissements scolaires [18].

7.4. Hygiène et salubrité des établissements scolaires

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire en collaboration avec le bureau communal d'hygiène [18].

7.5. Éducation physique et sportive

Dans le cadre de la pratique de l'éducation physique et sportive à l'école, le médecin de santé scolaire ne délivre le certificat de dispense, qu'après un examen médical de l'élève et avis du médecin spécialiste si nécessaire [18].

7.6. Coordinations intersectorielles

Le médecin de santé scolaire est membre du conseil de santé de l'école. A ce titre, il est le conseiller technique de ce comité pour tout ce qui concerne la santé de la communauté éducative ; sa présence aux réunions du conseil de santé de l'école est obligatoire [18].

7.7. Évaluation

Pour évaluer les activités de santé scolaire, le médecin de santé scolaire adresse chaque mois un rapport d'activité au Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) du secteur sanitaire [18].

7.8. Vacances scolaires

Pendant les vacances scolaires, outre son congé annuel, le médecin de santé scolaire établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale, et il est dans l'obligation de suivre les sessions de formation organisées à son intention [18].

Cas particulier des médecins de santé scolaire exerçant au niveau des UDS installées dans des établissements scolaires ; les médecins de santé scolaire peuvent, en tant que praticiens médicaux de santé publique, être mis en position d'activité dans des unités de dépistage et de suivi installées dans des établissements scolaires. Quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, ils sont astreints, dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues, aux gardes réglementaires organisées au sein du secteur sanitaire [18].

8. Programme national de santé scolaire

Un programme de santé est un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre, pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace, en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis [28].

Le programme national de santé scolaire constitue un pilier essentiel de toutes les actions de prévention au regard de la frange importante de la population qu'il couvre d'une part, et de la multitude d'activités qu'il comporte d'autre part. Il contribue de façon efficace et continue à la préservation et à la promotion de la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, ainsi que le milieu dans lequel ils évoluent [29].

L'état de santé de la future génération est tributaire de sa correcte application. Il a trois volets :

- _ Visites médicales systématiques de dépistage.
- _ Prise en charge et suivi.
- _ Éducation sanitaire [30].

Il inclut trois sous-programmes :

- _ Programme national de santé physique (médicale) en milieu scolaire qui concerne le médecin de santé scolaire.
- _ Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire qui concerne le médecin-dentiste.
- _ Programme national de santé mentale en milieu scolaire qui concerne le psychologue clinicien et l'orthophoniste [30].

8.1. Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire

Depuis l'indépendance aux années 2000, les efforts déployés par les pouvoirs publics pour la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population étaient axés essentiellement sur la formation de chirurgiens-dentistes et la création de centres curatifs [31].

L'échec de cette approche a imposé une nouvelle orientation dans la politique de santé bucco-dentaire basée sur l'odontologie préventive [31].

Cet état de fait n'est pas propre à l'Algérie puisque, partout dans le monde, l'expérience a prouvé que quelque soit le système de santé d'un pays, quelque soit le niveau socio-économique de la société, un programme de soins non accompagné d'un programme de prévention n'a jamais permis de résoudre le problème de santé bucco-dentaire [31].

L'évaluation du programme de santé scolaire atteste que la carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire. Combattre le fléau cariogène a été défini comme l'une des priorités nationales lors des différents séminaires relatifs aux objectifs spécifiques de la santé scolaire [32, 31].

Une nouvelle approche par programme a été préconisée. Il a donc été décidé d'inclure dans le programme national de santé scolaire, un " sous-programme de santé bucco-dentaire " basé sur la promotion du brossage des dents qui sera érigé en " programme national de santé bucco-dentaire en milieu Scolaire " [31].

En 2001, après une évaluation des travaux, il a été décidé d'étendre le programme à tout le territoire national [18].

8.1.1. Objectifs

- **Objectifs de santé**

- Réduire la prévalence carieuse chez l'enfant scolarisé de 20 à 25 % en cinq (05) ans.
- Réduire la prévalence parodontale chez l'enfant scolarisé de 50 % en deux (02) ans [31].

- **Objectifs d'éducation sanitaire**

L'enfant doit :

- Connaître l'intérêt d'une dentition saine et les facteurs déclenchants de la carie et la parodontopathie.

- Se brosser correctement les dents au moins 2 fois/jour.
- Corriger son comportement alimentaire notamment vis-à-vis des hydrates de carbone.
- Soigner la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation [31].

8.1.2. Organisation

- Évaluation des ressources et des besoins en moyens humains et matériels pour l'ensemble de la population cible du secteur sanitaire (EPSP).
- Organisation des formations des personnels concernés pour la mise en application du programme à l'échelle de la Wilaya et /ou du secteur sanitaire (EPSP).
- Organisation de séances de coordination entre les chirurgiens-dentistes de santé scolaire, les chirurgiens-dentistes des structures de base concernés par ce programme et les médecins-chefs de sous-secteur.
- Organisation des réunions de coordination intersectorielles (éducation-santé) par circonscription pédagogique et/ou par établissement scolaire afin d'établir conjointement un calendrier des activités du programme pour l'année scolaire en cours et définir les tâches de chaque intervenant [31].

8.1.3. Coordination intersectorielle

- Les inspecteurs de la circonscription, les chefs d'établissements, les enseignants doivent collaborer avec les chirurgiens-dentistes aux activités de sensibilisation et d'information en direction de la population générale (journées portes ouvertes, conférences-débats, réunions avec les associations des parents d'élèves ...).
- Pour assurer les séances de brossage dans de bonnes conditions, les sanitaires des établissements scolaires doivent être équipés de réserves d'eau et des miroirs doivent être installés au-dessus des lavabos.
- Le transport des élèves et enseignants vers l'UDS et du chirurgien-dentiste vers les écoles doit être assuré par les collectivités locales (APC) [32].

8.1.4. Principaux problèmes

- Morbidité carieuse importante.
- Mauvaises habitudes alimentaires.
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire.
- Manque d'information (quant à l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire).
- Soins curatifs rares, tardifs donc trop coûteux et douloureux [31].

8.1.5. Définition de la carie dentaire

Un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation d'une cavité [33].

L'indice CAO

Signe l'ampleur de la maladie carieuse passée et/ou présente, soignée ou non [34].

L'indice cao (minuscule) est un indice relatif aux dents temporaires. Il désigne la somme des dents cariées à traiter ou à extraire, des dents absentes pour cause de carie et les dents obturées définitivement. Le score maximum du cao est de 20 [35].

Le CAO (MAJUSCULE) est un indice relatif aux dents permanentes. Il désigne le total des dents cariées à traiter ou à extraire, des dents absentes pour cause de carie et les dents obturées définitivement. Son score maximum est de 28 si les dents de sagesse ne sont pas prises en compte [35].

L'indice CAO ou cao peut s'exprimer par individu ou par population (moyenne) [35].

C = dents cariées

A = dents absentes pour cause de carie

O = dents obturées

Le calcul de l'indice CAO moyen (CAOm) et cao moyen (caom) se fait de la façon suivante :

$$\text{CAO m} = \frac{\text{Nombre de dents (C+A+O)}}{\text{Nombre sujets examinés}} \times 100$$

$$\text{caom} = \frac{\text{Nombre de dents (c+a+o)}}{\text{Nombre de Sujets examinés}} \times 100$$

Chiffre obtenu nous permet de mesurer le niveau d'atteinte carieuse dans une population donnée [33].

- Niveau très faible : CAO 0 à 1,1
- Niveau faible : CAO de 1,2 à 2,6
- Niveau modéré : CAO de 2,7 à 4,4
- Niveau élevé : CAO de 4,5 à 6,5

8.1.6. Programme prophylactique à choisir

Les pathologies bucco-dentaires les plus courantes sont : la carie et la gingivopathie [31]. Il existe d'autres affections bucco-dentaires mais moins courantes dont les anomalies dento-faciales [31].

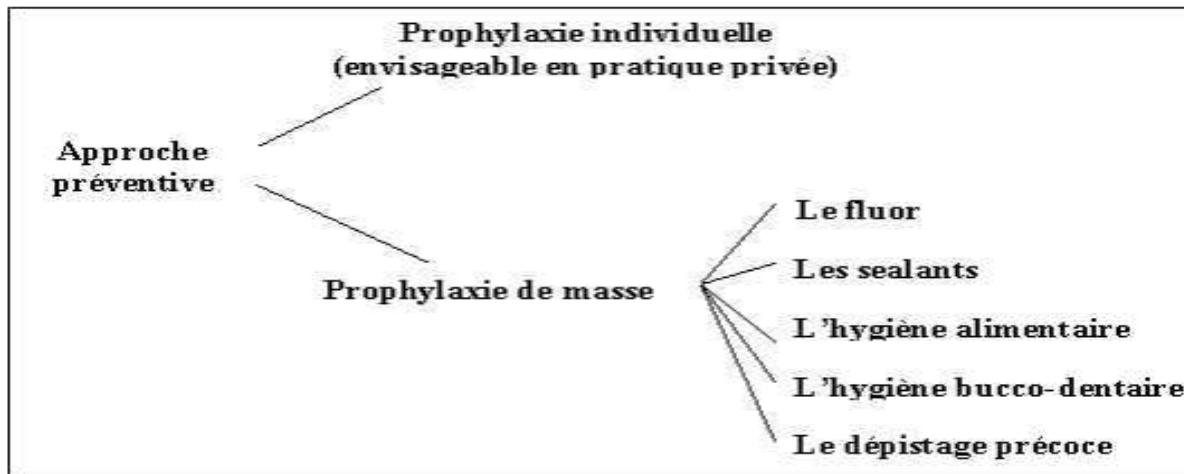


Figure 16 : Schéma du programme prophylactique [31].

Prophylaxie de masse

Le fluor

Bien que l'effet préventif du fluor sur la carie dentaire n'est plus à démontrer, son utilisation par voie endogène ne doit se faire qu'après un bilan fluoré de l'apport quotidien de fluor par l'eau et l'alimentation [31].

Il ne pourra donc s'agir que de programmes de fluoration de masse locaux ou régionaux sur la base d'informations épidémiologiques précises tant sur le plan de l'état bucco-dentaire de la population que de la concentration en fluor des réserves d'eau potable [31].

Sa prescription doit faire l'objet d'une réglementation [31].

Il va de soi que les zones endémiques de fluorose ne peuvent être concernées par un tel programme [31].

Les Sealants (scellement préventif des sillons)

80% des caries naissent au niveau des sillons, ces faces masticatrices des dents qui sont de véritables pièges à aliments. Profonds, difficiles d'accès au brossage, ils favorisent le développement de la plaque bactérienne et sont souvent le point de départ de carie [36].

La solution consiste donc à recouvrir les sillons par composite ou verre ionomère d'au moins 8 molaires et prémolaires [31].

Le scellement des sillons, tout à fait indolore, ne nécessite ni anesthésie ni intervention longue, reste en place plusieurs années, mais une visite de contrôle tous les 6 mois est conseillée pour vérifier son usure ou son décollement [36].

Il faut bien évaluer les moyens humains et matériels à mettre en œuvre avant d'entamer une opération d'une telle envergure [31].

L'indication des scellements de sillons dépend du risque carieux individuel (RCI). Pour les personnes ayant un faible RCI, il n'est pas nécessaire de sceller les sillons des molaires permanentes, sauf si celles-ci présentent une anatomie anfractueuse augmentant le risque à l'échelle de la dent. La Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP) a élargi les indications pour inclure les prémolaires permanentes en cas de RCI élevé et les dents temporaires, surtout chez les jeunes enfants présentant des troubles médicaux physiques ou intellectuels (populations à risque) [37].

L'hygiène bucco-dentaire

Elle fait partie de l'hygiène corporelle de l'enfant, et au même titre, on doit induire chez lui un changement de comportement : l'enfant doit acquérir un comportement sain vis à vis de sa santé bucco-dentaire comme pour le reste du corps et ce, par l'apprentissage correct et régulier du brossage dentaire [31].

L'hygiène alimentaire

Elle consiste à corriger les mauvaises habitudes alimentaires et à développer des conseils visant à écarter les aliments les plus cariogènes tout en favorisant une alimentation équilibrée [31].

Le dépistage précoce

La carie du premier degré qui correspond à la carie de l'émail, ne peut être détectée que par le chirurgien-dentiste. C'est à ce stade qu'il faut intervenir, car le traitement est indolore et beaucoup moins coûteux [31].

A la lumière de ces données, il apparaît qu'un programme d'éducation sanitaire bucco-dentaire axé sur : l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire, et le dépistage précoce est le plus indiqué. Il est plus facilement réalisable et surtout, c'est la base de tout autre programme prophylactique [31].

8.1.7. Population cible

Les classes cibles étaient restreintes en raison des ressources limitées disponibles, ce qui a conduit à une concentration des efforts sur la population scolarisée la plus vulnérable. Cette approche a souvent abouti à une quasi-superposition entre la population cible et celle à risque, limitant ainsi l'efficacité des interventions. Toutefois, avec l'émergence de ressources matérielles et humaines accrues, les politiques de santé scolaire ont élargi leurs cibles pour inclure une gamme plus diversifiée de la population scolarisée. Désormais, la définition de la population cible tient compte à la fois des besoins spécifiques des élèves et des ressources disponibles, permettant ainsi une approche plus inclusive et efficace dans la promotion de la santé en milieu scolaire, tout en tenant compte de l'augmentation de la prévalence de la carie dentaire dans le milieu scolaire selon les données épidémiologiques, cela a conduit à élargir la

couverture sanitaire en ajoutant d'autres initiatives pour garantir l'accès aux soins de manière équitable [3].

Les classes cibles du programme national de santé bucco-dentaire ont subi des changements et des évolutions au fil des années depuis sa mise en place, comme suit [18] :

- En 1999, chaque chirurgien-dentiste de santé scolaire concerné par ce programme prenait en charge 6 classes par trimestre : deux 1^{ère} A.F / deux 2^{ème} A.F et deux 3^{ème} A.F [38].
- En 2001, les enfants scolarisés dans l'enseignement fondamental des classes de : 1^{ère} A.F / 2^{ème} A.F / 4^{ème} A.F / 7^{ème} A.F et 1^{ère} A.S, correspondaient respectivement aux âges : 6 ans, 7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans [31].
- En 2014, elles étaient : préscolaire / 1^{ère} A.P / 2^{ème} A.P / 4^{ème} A.P / 2^{ème} A.M et 1^{ère} A.S [39].
- Actuellement les classes cibles sont : préscolaire / 1^{ère} A.P / 2^{ème} A.P / 4^{ème} A.P et 2^{ème} A.M correspondant respectivement aux âges suivants : 5 ans, 6 ans, 7 ans, 9 ans et 12 ans. Elles sont choisies en fonction de l'âge d'éruption dentaire [18] :
 - La 1^{ère} molaire permanente fait son éruption à l'âge de 5 à 6 ans.
 - L'évolution des incisives définitives à l'âge de 7 ans.
 - La 1^{ère} prémolaire qui apparaît sur l'arcade dentaire à l'âge de 9 ans.
 - L'âge de 12 ans correspond à l'éruption de la 2^{ème} molaire permanente. L'élève est en denture mixte.

8.1.8. Stratégie de mise en œuvre

Le programme établi concerne l'ensemble des chirurgiens-dentistes de santé publique (généralistes et spécialistes). Il s'adresse en premier lieu aux chirurgiens-dentistes de santé scolaire et doit être exécuté comme suit [31, 32] :

- Les chirurgiens-dentistes affectés dans les UDS dotées d'un cabinet dentaire correctement équipé prendront en charge tous les volets du programme (dépistage, éducation sanitaire et traitement conservateur).
- Les chirurgiens-dentistes affectés dans des UDS sans équipement dentaire prendront en charge le dépistage et l'éducation sanitaire. Les autres chirurgiens-dentistes du secteur sanitaire (EPSP) auront à charge le traitement conservateur dans un cabinet dentaire réservé pendant deux à trois demi-journées par semaine et pendant les vacances scolaires tous les après-midis, pour la prise en charge des enfants orientés. Le chirurgien-dentiste de santé scolaire exerçant dans l'UDS peut prendre en charge ses patients au niveau de ce cabinet.
- Dans les UDS sans chirurgien-dentiste et là où il n'y a pas du tout d'UDS, tous les chirurgiens-dentistes des structures de base (centres de santé et polyclinique) sont concernés par l'application du programme à temps partiel.

-Dans les secteurs sanitaires (EPSP) où il y a un seul chirurgien-dentiste par fauteuil, celui-ci se réservera la charge de la prévention secondaire et, si les moyens humains le permettent, le personnel paramédical préalablement formé pourra sous la direction du chirurgien-dentiste prendre en charge l'éducation sanitaire.

Les enfants doivent se présenter aux cabinets dentaires accompagnés de leurs parents [32].

8.1.8.1. La prévention primaire

La prévention primaire est l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie.

Elle est axée sur le dépistage précoce et l'éducation sanitaire pour la promotion du brossage des dents et de l'hygiène alimentaire [31].

Cependant la combinaison des mesures prophylactiques précédemment citées peuvent réduire la carie dentaire de 50 à 90 % [31].

Activités

Le dépistage

Il a pour objectifs de [31] :

-Connaître avec précision l'état de santé bucco-dentaire de la population scolaire.

-Évaluer la thérapeutique préventive par rapport à la curative en matière de santé bucco-dentaire.

-Établir un état de référence par rapport auquel sera évalué le programme.

_ Il doit se faire dans le cabinet dentaire de l'UDS ou dans un local adéquat dégagé à cet effet [31].

_ Il doit se faire selon un protocole opératoire préalablement défini et être suivi si besoin d'une orientation vers un cabinet dentaire pour une prise en charge [31].

-Toutes les données doivent être correctement consignées sur la fiche bucco-dentaire de l'élève [31].

L'enseignant participe à la visite de dépistage, il signale certains problèmes de santé de l'élève et remet les convocations pour le suivi [32].

L'éducation sanitaire de l'enfant et de son environnement

_ Les élèves bénéficient des séances théoriques et pratiques de brossage des dents [31].

_ Elle a pour objectif d'instaurer chez l'enfant le réflexe biquotidien d'un brossage dentaire techniquement correct [31].

_ Des notions d'éducation sanitaire bucco-dentaire doivent être dispensées aux élèves par le chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant, avec notamment des séances



Figure 36 : Examen bucco-dentaire [27].

d'apprentissage du brossage dentaire dans les écoles selon une méthodologie et une périodicité préalablement définies [31].

_ En absence de chirurgien-dentiste, le personnel paramédical peut assurer pour l'éducation sanitaire. Pour cela, il doit être préalablement formé à l'éducation sanitaire (notamment bucco-dentaire) dans le cadre de la formation continue [32].

_ Il faut étendre l'information et la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire à tout l'environnement de l'enfant par le biais de la communication sociale avec notamment l'implication obligatoire des associations de parents d'élèves [31].

_ Il faut introduire l'éducation sanitaire dans les programmes pédagogiques de l'enseignement [31].



Figure 37 : éducation théorique à l'hygiène bucco-dentaire [40].

Moyens

Moyens humains

- Les chirurgiens-dentistes de santé publique (en premier lieu les chirurgiens-dentistes de santé scolaire)
- Les enseignants.
- Le milieu familial (qui devra être sensibilisé par le biais des associations de parents d'élèves au sein des établissements scolaires avec l'aide des chirurgiens-dentistes, ainsi que par les médias).
- Tout autre personnel médical ou paramédical là où il n'y a pas du tout ou pas assez de chirurgiens-dentistes [31].



Figure 38 : Examen de l'état bucco-dentaire par le chirurgien-dentiste [40].

Moyens matériels

- Infrastructure : pour le dépistage, cabinet dentaire de l'UDS ou un local adéquat. Pour l'éducation sanitaire, salles d'enseignement (salle de classe par exemple), sanitaires avec eau courante et miroirs au-dessus des lavabos.
- Matériel de dépistage stérile : plateau de consultation dentaire avec sonde, miroir et précelle à défaut, des abaisses langues jetables.
- Bonne source lumineuse ou lampe diagnostic, à défaut une lampe de poche.
- Révélateur de plaque.
- Brosses à dents et dentifrice.
- Supports didactiques : affiches et dépliants, matériel pour la démonstration du brossage dentaire (maxillaires et brosse à dents géants), matériel audiovisuel (films, diapositives, C.D



Figure 20 : plateau d'examen bucco-dentaire [41].

etc...). Il est souhaitable d'utiliser du matériel audiovisuel pour augmenter l'intérêt de l'enfant.

- Supports d'évaluation : fiche de santé bucco-dentaire de l'élève, fiche de liaison et fiche d'évaluation du dépistage [31].

Programmation

_ Le nombre de classes par jour à dépister doit être fixé au cours des réunions de coordination en fonction de l'effectif des chirurgiens-dentistes de santé scolaire (ou autres le cas échéant), sur la base d'une classe par jour par chirurgien-dentiste [31].

_ Une heure doit être réservée au remplissage des fiches statistiques pour chaque classe, et une heure pour l'ensemble des établissements effectués [31].

_ Pour les séances théoriques et pratiques d'éducation sanitaire, chaque chirurgien-dentiste pourra prendre en charge deux à trois classes par jour [31].

_ Ainsi, pour chaque secteur sanitaire (EPSP), le taux de couverture de ce programme sera fonction des moyens humains dont il dispose ; et là où les moyens le permettent, les classes intercalaires seront prises en charge pour une consolidation de l'éducation sanitaire [31].

_ Les chirurgiens-dentistes devront en outre programmer chaque année des journées d'information et de sensibilisation pour la promotion de la santé bucco-dentaire en direction de tout l'environnement de l'enfant (parents d'élèves, personnel de l'établissement scolaire et grand public) [31].

8.1.8.2. La prévention secondaire

La prévention secondaire est la prise en charge et l'interception d'une affection dépistée ; donc intercepter la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation [31].

Elle doit se faire dans toutes les UDS équipées de fauteuils dentaires ; et tous les cabinets dentaires du secteur sanitaire (EPSP) désignés pour prendre en charge les élèves orientés dans le cadre de ce programme, dans le cas où l'UDS est sans équipement dentaire ou là où il n'y a pas du tout d'UDS [31].

Elle nécessite au-delà du dépistage d'une maladie comme en médecine, des méthodes interceptives d'odontologie qui ne peuvent être réalisées que par un chirurgien-dentiste [31].

Cette phase interceptive s'arrête au traitement conservateur de l'amélopathie (carie du premier degré) et de la dentinopathie (carie du second degré) [31].



Figure 21 : Fauteuil dentaire [42].

Les autres stades de carie doivent être pris en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme [32].

Activités

- **Une consultation au fauteuil dentaire** : au cours de laquelle un dépistage systématique doit parfaire celui fait au cours de la prévention primaire. Il doit se faire en fonction de la fiche de liaison de l'élève [31].

- **Traitement conservateur** : après le diagnostic, un plan de traitement doit être établi et les soins de carie du premier et second degré doivent être entrepris selon les méthodes interceptives [31].



Figure 22 : soins dentaire au composite [43].

- **Traitement parodontal** : Le détartrage est effectivement un acte thérapeutique qui vise à éliminer les dépôts de plaque dentaire (dépôts mous) et de tartre (dépôts calcifiés) des surfaces des dents, aussi bien au-dessus qu'en dessous de la gencive. Cette procédure est effectuée par le dentiste à l'aide d'instruments spéciaux [44].

- **Traitement radical** : L'avulsion dentaire désigne le processus de retrait d'une dent de son logement naturel dans l'os de la mâchoire. Ce traitement est souvent nécessaire pour extraire une dent endommagée, infectée ou pour des raisons orthodontiques. Effectuée par un dentiste, cette procédure nécessite l'administration d'anesthésie pour assurer le confort du patient [45].

- **Le suivi** : le chirurgien-dentiste qui prend en charge l'enfant pour les soins conservateurs doit traiter toutes les dents cariées (1er et 2nd degrés) du patient même si celui-ci passe dans une classe intercalaire [31].

Moyens

Moyens humains

- Chirurgiens-dentistes de santé publique (en premier lieu les chirurgiens-dentistes de santé scolaire), parapublique et privés [31].

Moyens matériels

- Infrastructure et équipement dentaire : toutes les structures sanitaires dotées d'un fauteuil dentaire fonctionnel (UDS, centres de santé, polycliniques, hôpitaux) et les cabinets dentaires parapublics et privés [31].

- Produits consommables :

Le consommable quotidien dans un cabinet dentaire comprend une gamme variée d'articles essentiels nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des opérations et garantir la sécurité des patients. Cela peut inclure des éléments tels que (des gants, des masques faciaux, des blouses jetables, des désinfectants, des seringues ; des aiguilles stériles, droguerie, coton salivaire, gobelets jetables, anesthésie...etc). Assurer un approvisionnement adéquat et une utilisation appropriée de ces consommables est essentiel pour maintenir des normes élevées d'hygiène, de sécurité et de qualité des soins dentaires [46].

Tableau V : Matériel nécessaire pour la restauration à l'amalgame [47].


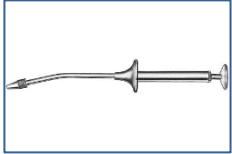


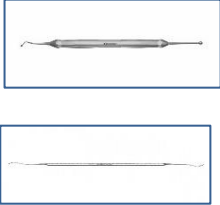
Amalgamateur	Porte amalgame	Système de matriçage	Capsules d'amalgame	Fouloir et brunissoir
				

Tableau VI : Matériel nécessaire pour la restauration au composite [47].






Composite	Instrument de manipulation	Lampe de photo-polymérisation	Micro-applicateurs	Disques et strips abrasifs
				

Tableau VII : Matériel nécessaire pour l'obturation provisoire [47].




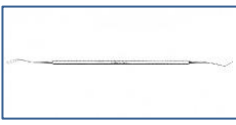

Pansement eugénate /oxyde de Zinc eugénol	Ciment verre ionomère	Spatule à malaxer	Spatule à bouche	Plaque de verre
				

Tableau VIII : Instrumentation de détartrage [47].





Instrumentation mécanique		Instrumentation manuelle	
Détartreur	Inserts	Détartreur (faucille)	Curette
			

Tableau IX : Instruments d'extraction dentaire [47].




Syndesmotomes	Elévateurs	Daviers	Curette chirurgicale
			

Tableau X : Matériaux de coiffage [47].

Biodentine	MTA	Hydroxyde de calcium
		

- Supports d'évaluation : registre quotidien du cabinet dentaire et fiche d'évaluation de la prise en charge [31].

Programmation

Pour calculer le nombre de patients par chirurgien-dentiste et par fauteuil dentaire, il faut compter 15 à 30 minutes pour un soin [31].

Horaires :

-Tous les jours de 8 H à 16 H 30 dans les U.D.S équipées de fauteuil dentaire.

-Une à deux demi-journées par semaine, et pendant les vacances scolaires tous les après-midis dans les cabinets dentaires des autres structures sanitaires. Le reste du temps, chaque secteur (EPSP) doit s'organiser en fonction de sa propre spécificité [31].

8.1.9. Système d'information

Il comporte :

- La fiche de santé bucco-dentaire qui doit être intégrée au dossier médico-scolaire de l'élève. Ce dernier devra donc en comporter cinq (autant que de classes cibles).
- La fiche de liaison qui sert à orienter l'enfant vers un cabinet dentaire désigné pour la prise en charge et qui doit retourner au chirurgien-dentiste qui a effectué le dépistage.
- Les fiches d'évaluation : fiche d'évaluation du dépistage et fiche d'évaluation de la prise en charge.
- Le réseau d'information et de rétro-information [31].

_ Pour des commodités pratiques, l'outil d'évaluation doit suivre parallèlement le programme. Pour cela :

- Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit remplir chaque trimestre les fiches d'évaluation de l'ensemble des classes effectuées et la transmettre au chirurgien-dentiste coordinateur du programme au niveau du secteur sanitaire (EPSP) [31].
- Celui-ci doit établir les fiches d'évaluation récapitulatives en totalisant les fiches statistiques qu'il a reçu et la transmettre à la Direction de la Santé et de la Population de sa Wilaya [31].
- La direction de la santé et de la population de chaque wilaya doit établir ses fiches récapitulatives en totalisant les fiches d'évaluation des secteurs sanitaires (EPSP) et les transmettre au Ministère de tutelle au niveau de la Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé [31].
- Le ministère de la santé et de la population qui assure le suivi et l'évaluation de ce programme doit recevoir régulièrement les supports d'évaluation trimestriels et annuels de toutes les Wilayas [32].

8.1.10. Renforcement du programme au cours des années

En 2004, à l'issue de l'évaluation des trois premières années d'application du programme de 2001 et vue des raisons qui ont été constatées (l'éducation sanitaire sous forme de campagnes ponctuelles à l'occasion de « journées portes ouvertes » ou seulement pendant la consultation de dépistage, la très faible prise en charge face à une demande en soins sans cesse croissante...), il était nécessaire de prendre de nouvelles dispositions pour assurer l'application rigoureuse et effective du programme [48].

Aussi, et pour surmonter les problèmes et contraintes rencontrés, il était impératif de prendre les mesures suivantes [48] :

-Veiller au respect de l'application des instructions et circulaires relatives à la santé bucco-dentaire (Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001, instruction ministérielle N° 19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire, instruction ministérielle N° 116 du 21 octobre 2003 relative au fonctionnement optimal des cabinets dentaires par rentabilisation des ressources humaines et matérielles).

-Organiser une formation de mise à niveau de tout le personnel concerné par le « Programme National de santé Bucco-dentaire en milieu scolaire » (chirurgien–dentiste scolaires et autres) et ce avec la collaboration des chirurgiens-dentistes formés par la direction des Actions Sanitaires Spécifiques pour la mise en application de ce programme.

-Informer du programme toutes les personnes qui interviendront dans sa mise en application, en premier lieu les chirurgiens-dentistes mais aussi les responsables et gestionnaires à tous les niveaux du programme de santé scolaire afin d'installer une bonne coordination intra sectorielle.

-Améliorer les conditions de la consultation systématique de dépistage, afin que l'appréciation clinique soit traduite en paramètres bucco-dentaires le plus rigoureusement possible et selon le protocole adopté par la fiche technique prévue à cet effet.

-Mettre en place l'organisation nécessaire pour une prise en charge de l'enfant orienté (désignation d'un ou plusieurs cabinets dentaires fonctionnels, approvisionnement régulier en produits dentaires consommables...).

-Exploiter les supports d'évaluation et en tenant compte des autres paramètres du terrain (personnel, équipements...).

-Analyser la situation et définir périodiquement les actions à mener selon les besoins du moment. Lorsque les besoins sont nombreux il faut établir des priorités (par rapports aux composants du programme) ; par exemple : si l'effectif des chirurgiens-dentistes (de santé scolaire et autres) ne permet pas de prendre en charge la totalité des classes cibles au moins pour le dépistage et le volet principal qui est l'éducation sanitaire, alors il faudra recruter du personnel ; à défaut, réduire le nombre des classes cibles en priorisant les plus jeunes enfants [48].

En 2006 et en complément de l'éducation sanitaire déjà mise en application sur le terrain, il a été décidé, sur instruction de Monsieur le Président de la République, d'intégrer au programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire, l'introduction d'une deuxième mesure prophylactique : « programme fluor » par l'administration quotidienne de comprimés de 1 mg de fluorure de sodium aux élèves des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} AP et élèves des classes préscolaires ayant atteint le poids de 20 kg pour l'année scolaire 2005/2006 (possédants un risque carieux élevé), pour renforcer la prévention primaire de la carie dentaire, car le fluor

ingéré sous forme de comprimés pendant l'odontogenèse est destiné à s'incorporer aux cristaux d'apatite de l'émail pour former des cristaux de fluorapatites et fluorohydroxyapatites beaucoup plus résistants à l'attaque acide [49].

Ce programme n'a pas réellement progressé sur le terrain. Il a suscité des controverses au sein même de la communauté médicale. Des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels de la santé bucco-dentaire ont critiqué l'adoption de la nouvelle mesure ministérielle. Ils ont souligné les risques de fluorose dentaire, arguant que le fluor est déjà présent en quantité dans l'eau potable quotidienne dans presque toutes les wilayas du pays. Selon eux, la fluorose dentaire est déjà un problème dans le sud du pays, où le fluor est particulièrement abondant [50].

Cette situation s'est aggravée alors que certains pays, comme la Belgique, cherchent à interdire l'utilisation du fluor. Des réactions de rejet similaires ont émergé, soutenues par des articles de presse relayant les mêmes préoccupations. Cette opposition a finalement influencé les décisions au sein du ministère [50].

En 2019, une nouvelle stratégie « Stop à la carie » a été adoptée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour le renforcement du programme national de santé buccodentaire [51].

Les principaux objectifs fixés dans le programme « Stop à la Carie » consistent à :

- Mettre un terme à la progression de la carie chez les enfants scolarisés jusqu'en 2025 ;
- Faire en sorte, qu'il n'y ait plus de dents manquantes pour cause de carie à l'âge de 18 ans ;
- Atteindre un taux de 100%, de prise en charge totale et effective de toutes les caries dentaires dépistées en milieu scolaire [51].

Le médecin-dentiste de santé scolaire assure la visite systématique de dépistage de tous les élèves inscrits des classes préscolaires et des premières années primaires sur un fauteuil dentaire équipé. A l'issue de ce dépistage, chaque élève doit recevoir une fiche de liaison où seront portés le nom et la griffe du médecin-dentiste traitant, la structure de prise en charge, le jour et l'heure du rendez-vous [51].

Le médecin-dentiste qui a procédé au dépistage assurera la prise en charge de toutes les affections dépistées de l'ensemble des élèves examinés. Les élèves nécessitant des soins bucco-dentaires spécialisés seront orientés pour leur prise en charge selon la filière spécialisée organisée par les directeurs des établissements publics de santé de proximité (EPSP) [51].

Il y a lieu de préciser que la cohorte des élèves examinés en préscolaire et en 1^{ère} année primaire bénéficiera d'un examen bucco-dentaire systématique et d'un suivi régulier chaque année et ce, à partir de leur 2^{ème} année primaire et durant toute leur scolarité [51].

Tout élève scolarisé, quel que soit son cycle, qui se présentera au niveau du cabinet dentaire de l'UDS pour une affection bucco-dentaire doit être pris en charge [51].

La mobilisation des moyens est une condition essentielle à l'amélioration de la qualité des prestations en milieu scolaire. A cet effet, il est impératif de [51] :

- Compléter la dotation des UDS en fauteuils dentaires et en autoclaves ;
- Prévoir le matériel et les consommables nécessaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de la carie au niveau des UDS ;
- Mettre à la disposition de chaque élève du préscolaire et de la 1^{ère} année primaire un kit d'hygiène dentaire (brosse à dents et pâte dentifrice adaptées) [51].

PARTIE PRATIQUE

**MATÉRIELS
ET
MÉTHODES**

1. Matériels et méthodes

1.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive type audit comportant deux volets (Audit des ressources, Audit des pratiques), sur les activités de soins bucco-dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou.

1.2. Population et lieu de l'étude

Cette étude a été menée au sein des cabinets dentaires implantés dans tous les UDS de la commune de Tizi-Ouzou, auprès de tous les enfants scolarisés pris en charge pour un problème bucco-dentaire pendant la période de l'étude.

1.3. La durée de l'étude

L'étude s'est déroulée tout au long de l'année scolaire avec un stage pratique (audits d'observation des activités de soins) d'un mois durant la période allant de 07/04/2024 au 05/05/2024.

1.4. Déroulement de l'étude

1.4.1. Phase préparatoire

-Une demande d'autorisation écrite (Annexe IX), (Annexe X) : est déposée auprès des deux responsables de la santé scolaire de la commune de Tizi-Ouzou ; le directeur de l'EPSP-DBK et le directeur de l'académie de Tizi-Ouzou.

-Réalisation d'une pré-enquête : dans le cadre de dépistage et de l'éducation sanitaire des sorties pédagogiques ont été programmées avec les équipes bucco-dentaires dans les établissements scolaires de chaque UDS, basée sur l'observation de :

- Nombre de classes programmées par jour pour chaque UDS.
- Lieu de déroulement.
- Plateau technique de dépistage (matériel).

- Examen de la cavité buccale (hygiène bucco-dentaire, gingivite, Indice de carie (CAO / cao), anomalies dento-faciale, autres pathologies buccales détectées), pose de diagnostic et convocation vers l'UDS par la fiche de liaison pour une prise en charge (Annexe XIV).
- Notification de l'examen clinique dans le dossier médical scolaire (Annexe XV).
- Matériel des séances théoriques et pratiques de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (méthode de brossage) et des conseils hygiéno-diététiques.
- Poids et taille des élèves.

1.4.2. Préparation de fiches d'enquêtes

Volet 1 : Fiche de service (Audit des ressources : moyens matériels, humains et activités intersectorielles) (annexe XII), divisée en :

Présentation de l'UDS

- Nom (Respect de la clause de confidentialité).
- Localisation.
- Décision de création.
- Nombre d'établissements scolaires (primaire, CEM, lycées).
- Nombre total d'élèves (primaire, CEM, lycées).

Aménagement de l'UDS

- Nombre des locaux
- Surface des locaux.
- Équipements et mobilier de cabinet dentaire.

Matériaux et Instrumentation disponibles

- Instrumentation de base pour (extraction, détartrage, traitements conservateurs).
- Matériaux de traitements conservateurs.
- Consommable au quotidien.

Les personnes

- Nombre des équipes : médicale (médecin généraliste, médecin dentiste) paramédicale (infirmiers, assistant dentaire) et spécialisée (psychologue, orthophoniste).
- Temps de travail de médecin dentiste (temps plein / temps partiel).

Activités intersectorielles

- Transport des élèves/dentistes (collectivités locales).
- Assemblée avec l'association des parents d'élèves, directeur, médecin et dentistes (discussion de l'état sanitaire des élèves et information des parents).

-Les journées d'information et de sensibilisation de la santé bucco-dentaire programmées durant l'année scolaire 2023/2024.

Volet 2 : Audit des pratiques (dépistage, soins bucco-dentaire prodigués) (annexe XI)

Grille d'observation journalière portant :

- Les coordonnées des élèves (Nom, Prénom, Classe, École, Âge, État général),
- Convocation ou non du patient,
- Motifs de consultation,
- Diagnostics posés,
- Traitements effectués et matériaux utilisés,
- Les orientations réalisées et suivi,
- Ainsi que des commentaires sur la prise en charge et les orientations.

1.4.3. Phase de déroulement

Des visites durant les journées ouvrables de 8h30 à 16h ont été programmées au niveau des quatre UDS, où les dossiers médicaux des patients ont été consultés, le diagnostic a été discuté avec les médecins dentistes et la prise en charge a été observée, ainsi les données nécessaires à cette étude ont été récoltées.

RÉSULTATS

2. Résultats

2.1. Présentation des UDS de la commune de TIZI OUZOU

Quelque soit les UDS de la commune de Tizi-Ouzou, le ratio dentistes/élèves n'est pas respecté selon le référentiel [II 11.12.2011], (Tableau XI).

Tableau XI : Représentation du nombre des dentistes et des élèves attachés à chaque UDS.				
	Nombre des Elèves attachés	Nombre des dentistes existants	Ratio Dentistes/élèves selon les normes (1 dentiste/4000 élèves)	Remarque
UDS1	12621	2 dentistes à plein temps	3 dentistes à temps plein et 1 dentiste à temps partiel	Insuffisance du ratio dentistes/élèves
UDS2	13882	2 dentistes à plein temps	3 dentistes à temps plein et 1 dentiste à temps partiel	Insuffisance du ratio dentistes/élèves
UDS3	7404	1 dentiste à plein temps	1 dentiste à temps plein et 1 dentiste à temps partiel	Insuffisance du ratio dentistes/élèves
UDS4	7679	1 dentiste à plein temps	1 dentiste à temps plein et 1 dentiste à temps partiel	Insuffisance du ratio dentistes/élèves

2.2. Etats des lieux des UDS de la commune de TIZI OUZOU

2.2.1. Aménagement

L'aménagement est adapté à 100 % dans les UDS 2 et 3, contrairement aux UDS 1 par manque d'éclairage et UDS 4 par une superficie insuffisante (Tableau XII).

Tableau XII : Représentation de l'aménagement de chaque cabinet dentaire des quarte UDS.

Aménagement UDS	Superficie	Eclairage	Climatisation / Chauffage	Poste de lavage	Alimentation électrique	%
UDS1	Adaptée	Non adapté	Adaptés	Adapté	Adaptée	80%
UDS2	Adaptée	Adapté	Adaptés	Adapté	Adaptée	100%
UDS3	Adaptée	Adapté	Adaptés	Adapté	Adaptée	100%
UDS4	Non adaptée	Adapté	Adaptés	Adapté	Adaptée	80%

2.2.2. Mobilier

Sur la totalité des UDS de la commune de Tizi-Ouzou, 75% sont dotés de bureaux ; et aucune ne disposent de classeurs métalliques (Tableau XIII).

Tableau XIII : Représentation du mobilier de chaque cabinet dentaire des quarte UDS.

UDS	Mobilier	Bureau	Chaise	Armoire vitrée	Classeur métallique	Seau à pédale
UDS1		Oui	Oui	Oui	Non	Oui
UDS2		Oui	Oui	Oui	Non	Oui
UDS3		Oui	Oui	Oui	Non	Oui
UDS4		Non	Oui	Oui	Non	Oui
	Pourcentages	75%	100%	100%	00%	100%

2.2.3 Matériel médical

Sur la totalité des UDS de la commune de Tizi-Ouzou, la radiographie dentaire n'est pas disponible (Tableau XIV).

Tableau XIV : Représentation du matériel médical des différents cabinets dentaires des UDS de la commune de Tizi-Ouzou.							
	Fauteuil et unité dentaires	Compresseur d'air	Scialytique	Stérilisateur	Siège opérateur	Meuble dentaire	Radio dentaire
UDS1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
UDS2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
UDS3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
UDS4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	00%

2.2.4. Instrumentation

Toutes les UDS sont dotées d'instrumentation suffisante, à l'exception de l'UDS 1 qui est dépourvue d'instruments de détartrage manuel.

Le consommable est suffisant dans les UDS 1 et 3, contrairement aux UDS 2 et 4 à cause de l'indisponibilité de l'anesthésie et des canules d'aspiration (Tableau XV).

Tableau XV : Représentation de l'instrumentation et du consommable disponibles des différents cabinets dentaires de la commune.						
Actes	Instrumentation	Disponibilité dans les UDS				Pourcentages
		UDS1	UDS2	UDS3	UDS4	
Extraction	I.de syndesmotomie	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
	I.de luxation	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
	I.d'avulsion	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
Détartrage	I. manuelle	Non	Oui	Oui	Oui	75%
	I. mécanique	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
Soins conservateurs	I. de curetage dentinaire manuel et mécanique	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
	Matériaux de restauration provisoire et définitive	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
	Matériaux de coiffage	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
	Matériaux de scellement des sillons	Oui	Oui	Oui	Oui	100%
Consommable au quotidien		Suffisant	Insuffisant	Suffisant	Insuffisant	50%

2.3. Activités intersectorielles :

- Le transport des élèves vers toutes les UDS n'est pas assuré, le personnel médical se déplace vers les établissements scolaires pour faire le dépistage et l'éducation sanitaire simultanément.

- Aucune réunion n'a été organisée par l'Association des Parents d'Élèves avec le personnel médical des UDS et les directeurs des établissements.

- Toutes les UDS organisent des journées d'éducation sanitaire des élèves scolarisés, qui se déroule chaque jeudi de la semaine et participent annuellement à la Journée Mondiale de la Santé Bucco-dentaire célébrée le 20 mars, ainsi que la Semaine Nationale de la Prévention, pour cette année célébrée sous le thème "Mode de Vie Sain pour Tous" du 15 au 21 avril 2024.

2.4. Audit des pratiques

2.4.1. Activité de dépistage

a. Hygiène bucco-dentaire

Pendant les deux premiers trimestres de l'année scolaire 2023/2024, parmi l'ensemble des élèves examinés dans les différents UDS de la commune de Tizi-Ouzou, on constate les résultats suivants (Tableau XVI) :

- Le taux de dépistage de la santé bucco-dentaire était plus élevé pour l'UDS 4 soit 91 %, 87,4 % pour l'UDS 3 et le taux était plus bas pour l'UDS 1 (69,4 %).

- La présence d'au moins une carie était le problème le plus fréquent, avec un pourcentage de 80,4 % au niveau de l'UDS 2, suivi de 56,5 % pour l'UDS 4.

- En ce qui concerne la mauvaise hygiène bucco-dentaire, un taux de 51,5 % était enregistré à l'UDS 2 VS un taux de 0,81 % à l'UDS 4.

- Les anomalies ODF étaient enregistrées chez 20,7 % des élèves de l'UDS 2, pour l'UDS 4 et l'UDS 3, les taux enregistrés étaient presque identiques 6,7 % et 6,02 % respectivement (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition des enfants pour le dépistage dans les différentes UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.											
UDS	Nombre d'élèves			Nombre d'élèves ayant							
	Inscrits (A)	Examinés (B)	%	Mauvaise hygiène bucco-dentaire		Au moins une carie		Gingivite		Anomalies ODF	
				Nombre (a)	% (a/B)	Nombre (b)	% (b/B)	Nombre (c)	% (c/B)	Nombre (d)	% (d/B)
UDS 1	11148	5574	69,4	748	13,4	2643	47,4	159	2,8	243	4,36
UDS 2	10054	4985	71,1	2570	51,5	4008	80,4	828	16,6	1033	20,7
UDS 3	3862	3371	87,4	569	16,9	1345	39,89	88	2,6	203	6,02
UDS 4	5172	2583	91	21	0,81	1460	56,5	21	0,81	173	6,7

b. CAO et cao

Sur l'ensemble des enfants soumis au dépistage dans divers UDS à la commune de Tizi-Ouzou. Le taux cao était élevé, à 3,2, dans l'UDS 2 et faible, à 0,6, dans l'UDS 3, de même, le CAO était très faible, à 0,1, au sein de l'UDS 3, et moyen dans l'UDS 2, à 1,5 (Tableau XVII).

Tableau XVII : Support d'évaluation du dépistage selon (cao) et (CAO) des différentes UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.										
T1+T2	cao (Temporaires)					CAO (Permanentes)				
UDS	c	a	o	cao	Indice =cao/B	C	A	O	CAO	Indice =CAO/B
UDS 1	5482	903	117	6502	1,2	2549	12	153	2714	0,5
UDS 2	15257	465	321	16043	3,2	6984	111	327	7422	1,5
UDS 3	1121	849	197	2167	0,6	277	64	100	441	0,1
UDS 4	2813	1707	255	4775	1,9	1379	116	210	1705	0,7

2.4.2. Éducation de la santé bucco-dentaire

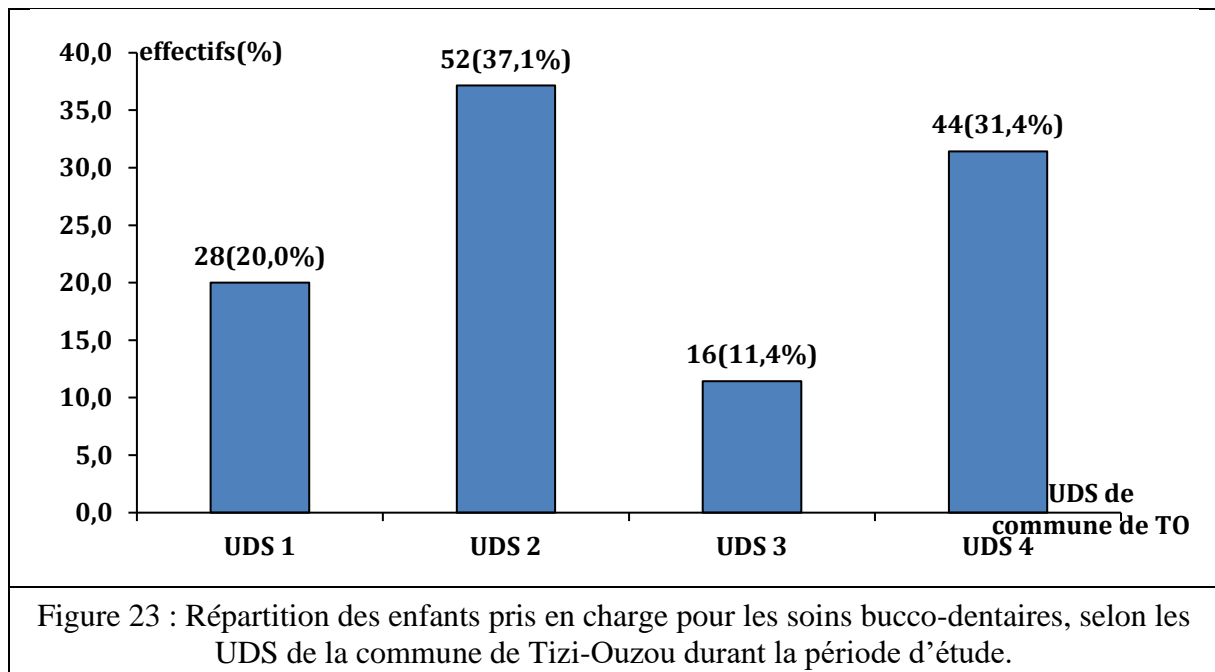
Parmi les enfants inscrits pour l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les différentes UDS de la commune de la wilaya de Tizi-Ouzou, 82% ont bénéficié d'une séance théorique, la plus fréquente étant au niveau de l'UDS 3, suivie par 63% au niveau de l'UDS 4. En ce qui concerne l'éducation par séance pratique, le pourcentage était identique, soit 45% aux niveaux UDS 3 et 2, avec un pourcentage très bas de 9% au niveau de l'UDS 1 (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Support d'évaluation de l'éducation à la santé bucco-dentaire dans les différentes UDS de la commune au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023/2024.					
T1 + T2	Nombre total d'élèves inscrits	Education pour la santé bucco-dentaire			
		Evaluation T1+T2			
		Nombre d'élèves ayant bénéficié de séances théoriques pour la santé bucco-dentaire		Nombre d'élèves ayant participé aux séances pratiques de brossage dentaire (au lavabo)	
UDS	A	B	B/A	C	C/A
UDS 1	9391	5224	56%	858	9%
UDS 2	10054	5238	52%	4510	45%
UDS 3	5920	4844	82%	2690	45%
UDS 4	5172	3239	63%	2039	39%

2.5. Audit d'observation de la prise en charge

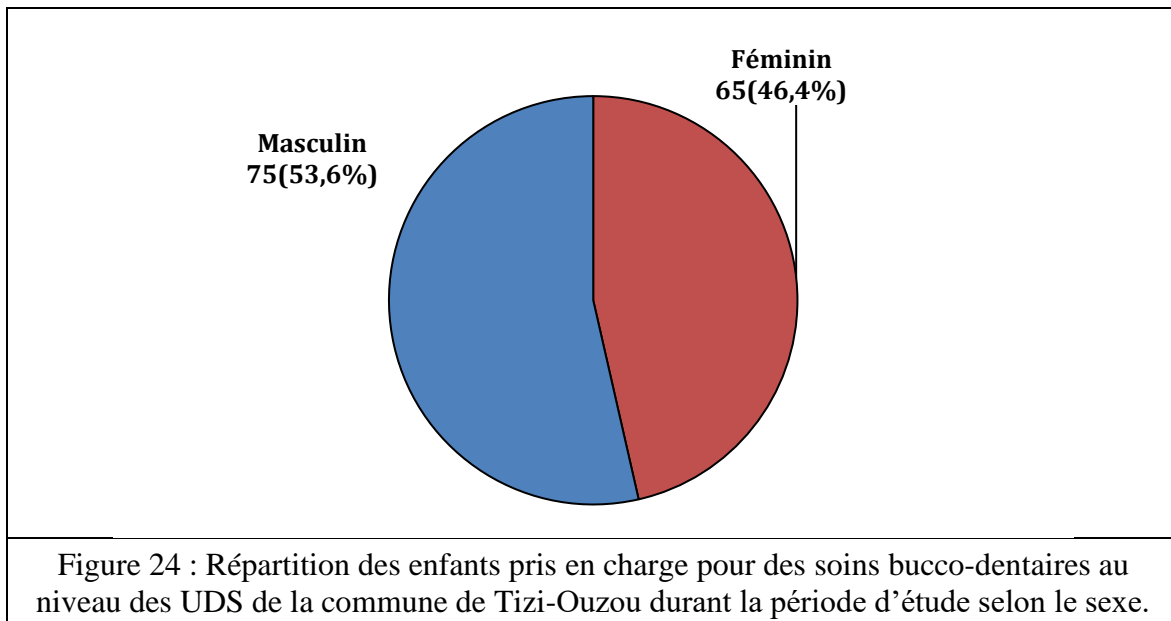
2.5.1. La population d'étude

Sur une période allant du 07 Avril 2024 au 5 Mai 2024, 140 enfants scolarisés ont été pris en charge par les dentistes des différentes UDS de la commune de Tizi-Ouzou ; soit un pourcentage de 37,1 % au niveau de l'UDS 2, suivi par 31,4% par l'UDS 4 (Figure 23).



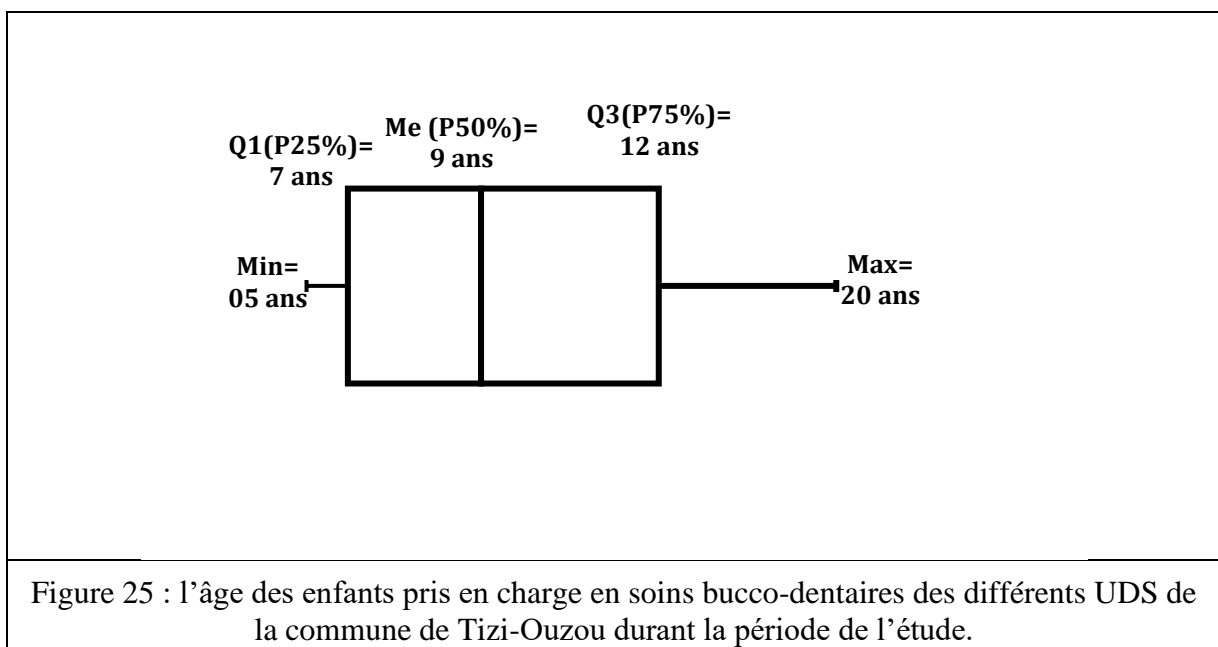
2.5.2. Selon le sexe

Sur un total de 140 enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, 53,6% sont de sexe masculin, avec un sexe-ratio de 1,5 (soit 3 ♂ / 1 ♀) (Figure24).



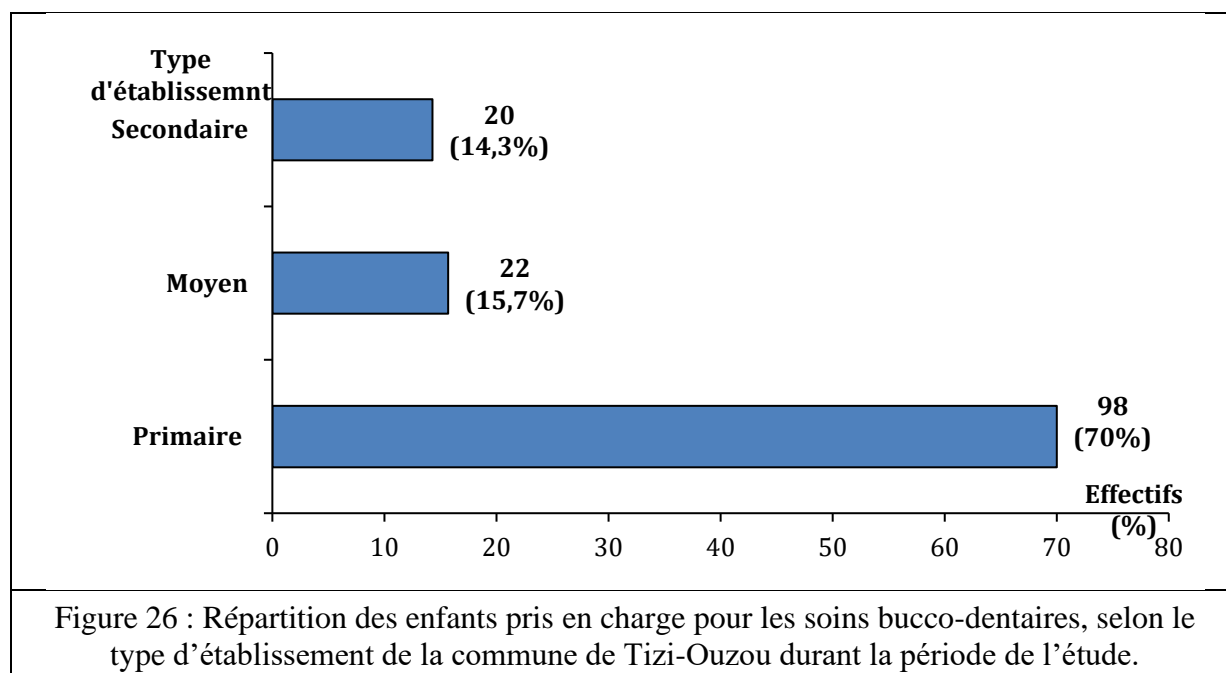
2.5.3. Selon l'âge

L'âge moyen des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires des différents UDS de la commune de Tizi-Ouzou étaient de $9,8 \pm 3,8$ allant de 05 ans jusqu'à 20 ans, avec un âge médian de 9 ans (Figure 25).



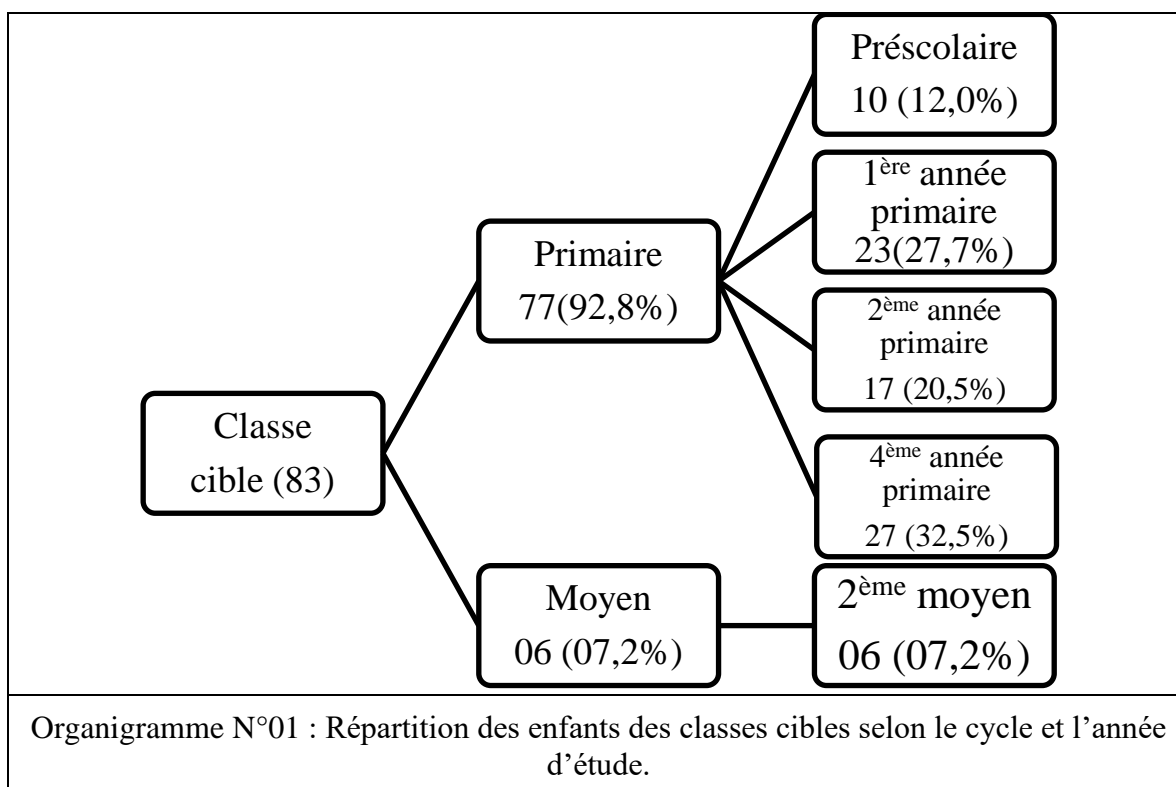
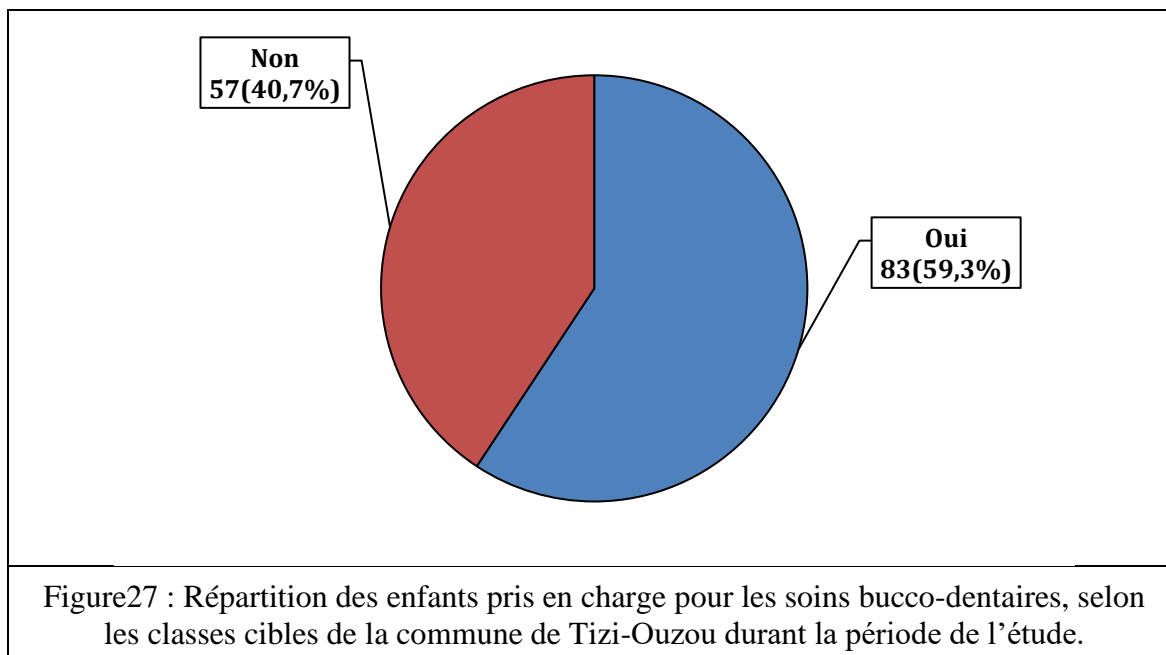
2.5.4. Selon le type d'établissement

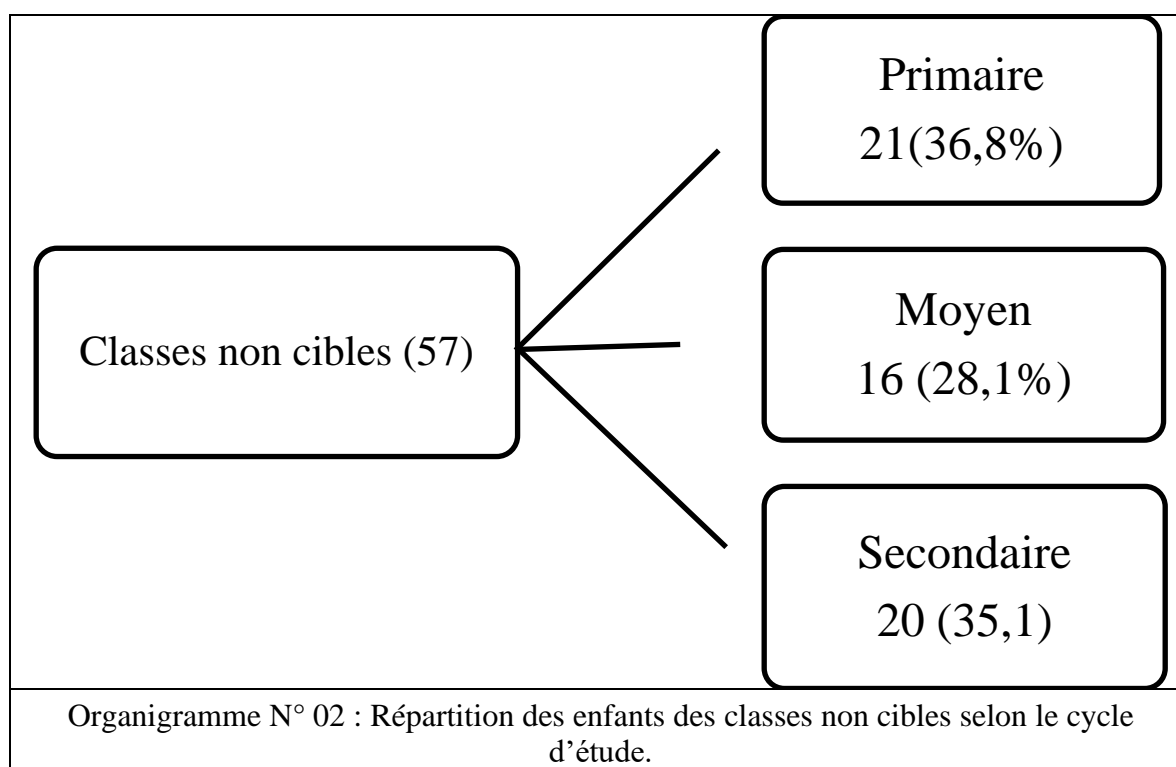
Parmi les enfants pris en charge pour des soins bucco-dentaires des différents UDS de la commune de la wilaya de Tizi-Ouzou, 70,0% étaient de niveau primaire, suivi de 15,7% de niveau moyen et 14,3% étaient de niveau secondaire (Figure 26).



2.5.5. Selon les classes cibles

Sur le total des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, 59,3% étaient concernés par les classes cibles ; parmi eux 92,8 % étaient de cycle primaire dont 32,5% étaient de niveau 4^{ème} année, concernant les classes non ciblées par le programme national de la santé scolaire bucco-dentaire le pourcentage était de 40,7% (Figure 27, Organigramme N°1-2).





2.5.6. La convocation

La convocation des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires était plus marquée pour les classes cibles avec un pourcentage de 65,1 % contre 36,8 % pour les classes non cibles (XIX).

Tableau XIX : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le type de convocation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.

Convocation	Classes cibles		Non classes cibles		Total		p value
	ni	%	ni	%	ni	%	
Oui	54	65,1	21	36,8	75	53,6	DS ; p<0,001
Non	29	34,9	36	63,2	65	46,4	
Total	83	100,0	57	100,0	140	100,0	

2.5.7. Le motif de consultation

Il n'existait pas de différence significative entre les différents motifs de consultation et les classes cibles par rapport aux classes non concernées ; la gêne fonctionnelle était le motif le plus fréquent 62,7% pour les classes cibles contre 52,6% pour les classes non cibles, il en est

de même pour la douleur dentaire 30,1% pour les classes cibles VS 43,9% pour les classes non concernées (Tableau XX).

Tableau XX : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le type de convocation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude

Motif de consultation	Classes cibles		Non classes cibles		Total		p value
	ni	%	ni	%	ni	%	
Douleur	25	30,1	25	43,9	50	37,7	DNS ; p<0,20
Gêne fonctionnelle	52	62,7	30	52,6	82	58,6	
Visite périodique	06	07,2	02	03,5	08	05,7	
Total	83	100,0	57	100,0	140	100,0	

2.5.8. Le diagnostic

La dentinite profonde était le diagnostic le plus fréquent avec un pourcentage de 47,1%, suivie par la dentinite superficielle 17,9% et avec un même pourcentage de 9,3% pour la pulpite aiguë et la nécrose pulpaire (Tableau XXI).

Tableau XXI : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le diagnostic posé au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude

Diagnostic posé	Classes cibles		Non classes cibles		Total	
	Ni	%	ni	%	ni	%
Hypersensibilité dentinaire	00	0,0	01	1,8	01	0,7
Dentinite superficielle	19	22,9	06	10,5	25	17,9
Dentinite profonde	39	47,0	27	47,4	66	47,1
Pulpite aiguë	06	7,2	07	12,3	13	9,3
Pulpite chronique	02	2,4	00	0,0	02	1,4
Nécrose	05	6,0	08	14,0	13	9,3
Lipoe	04	4,8	04	7,0	08	5,7
Cellulite séreuse aiguë	01	1,2	00	0,0	01	0,7
Gingivite	03	3,6	05	8,8	08	5,7
Ostéite	00	0,0	01	1,8	01	0,7
Péricoronarite dentaire	00	0,0	01	1,8	01	0,7
Ankyloglossie	00	0,0	01	1,8	01	0,7
DDM	07	8,4	04	7,0	11	7,9
Total	83	100,0	57	100,0	140	100,0

2.5.9. La dent concernée

La dent permanente la plus atteinte dans l'arcade supérieure et inférieure était la première molaire, avec un pourcentage de 15 % pour la 16, suivie par 12,9 % pour la 26 et la 36. En revanche, pour les dents antérieures, la 22 était la moins atteinte avec un pourcentage de 0,7 %.

La dent temporaire la plus atteinte était la deuxième molaire 85 avec 14,3 %, suivie par la 74 avec 10,7 %. À l'inverse, les incisives supérieures, la 51 et la 52, étaient les moins atteintes avec un pourcentage de 0,7 % (Figure 28).

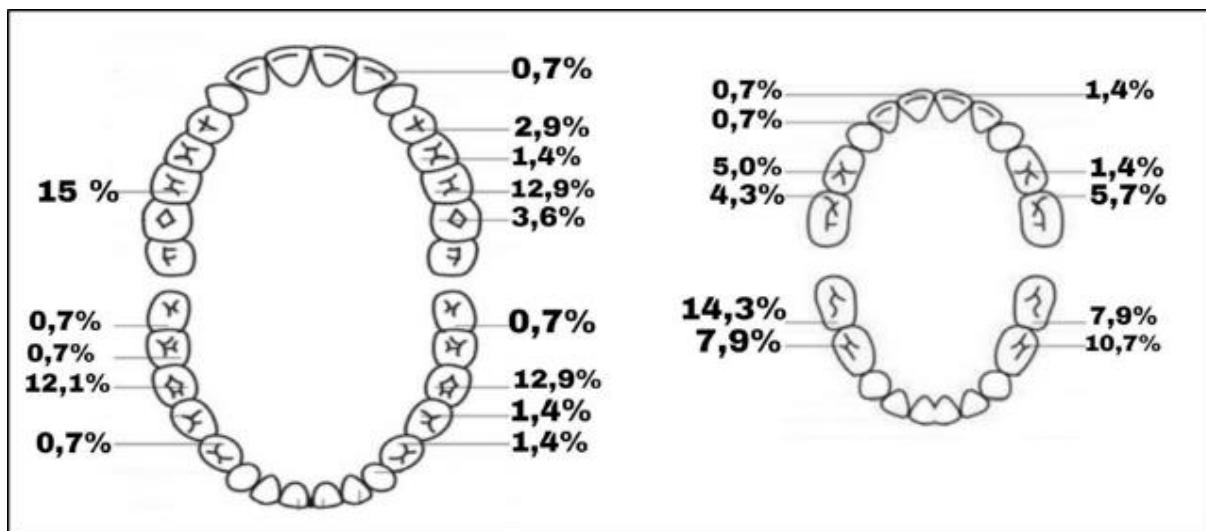


Figure 28 : Représentation schématique des pourcentages des dents permanentes et temporaires atteintes chez les enfants des classes cibles et non-cibles.

2.5.10. Traitement instauré

L'obturation provisoire était le traitement le plus réalisé 31,4% par les dentistes des UDS de la commune de Tizi-Ouzou, suivie par la restauration définitive dans 30,7% des cas (Tableau XXII).

Tableau XXII : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le traitement entrepris au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.

Traitement entrepris	Classes cibles		Non classes cibles		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%
Calmant	04	4,8	05	8,8	09	6,4
Obturation provisoire	25	30,1	19	33,3	44	31,4
Restauration définitive	32	38,6	11	19,3	43	30,7
Coiffage dentinaire	05	6,0	03	5,3	08	5,7
Extraction	03	3,6	03	5,3	06	4,3
Thérapeutiques sur les dents temporaires nécrosées	02	2,4	00	0,0	02	1,4
Motivation a l'hygiène bucco-dentaire	01	1,2	04	7,0	05	3,6
Traitement médicamenteux	04	4,8	05	8,8	09	6,4
Consultation	16	19,3	14	24,6	30	21,4
Total	83	/	57	/	140	/

2.6. L'Orientation

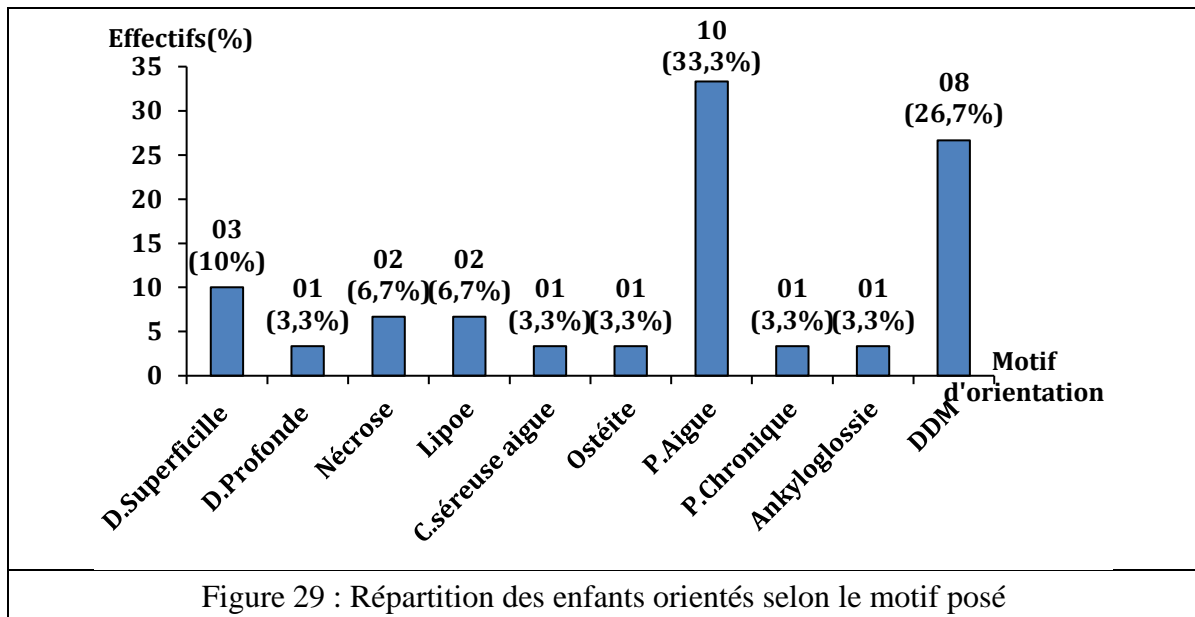
L'orientation des enfants présentés pour les soins bucco-dentaires au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou pendant la période d'étude ne représentait que 21,4 % du total, dont 18,1 % des classes cible vs 26,3 % des classes non cibles (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon l'orientation au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.

Orientation	Classes cibles		Non classes cibles		Total		p value
	ni	%	ni	%	ni	%	
Oui	15	18,1	15	26,3	30	21,4	DNS ; p=0,24
Non	68	81,9	42	73,7	110	78,6	
Total	83	100,0	57	100,0	140	100,0	

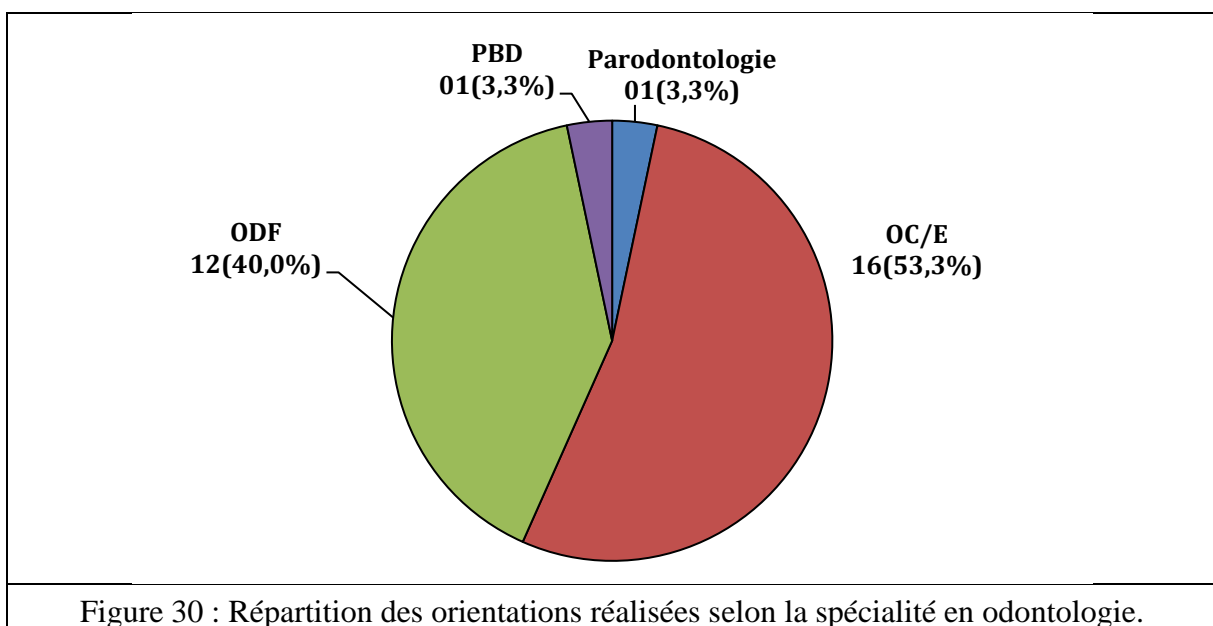
2.6.1. Le motif d'orientation

Parmi l'ensemble des enfants orientés, 33,3% étaient pour une pulpite aiguë, suivi par 26,7% pour une DDM, contrairement à la dentinite superficielle et la dentinite profonde qui ne représentaient que 10 % et 3,3 % successivement (Figure 29).



2.6.2. La Spécialité concernée

La spécialité ayant le taux le plus élevé d'orientations était l'odontologie conservatrice/endodontie (OC/E) avec un pourcentage de 53,3 %, suivie par l'orthopédie dento-faciale (ODF) avec 40 %. En revanche, la parodontologie ne représentait que 3.3 % des orientations (Figure 30).



2.7. Le Suivi

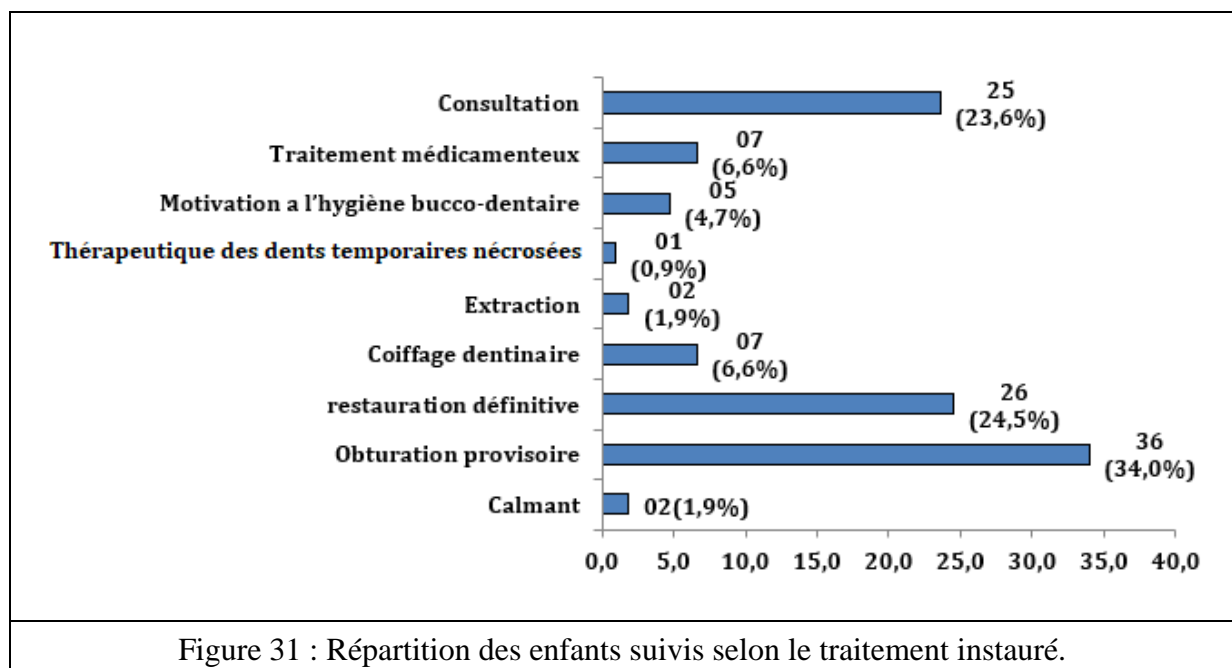
Sur l'ensemble des enfants pris en charge au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou, une majorité de 75 % était suivie, représentant 83 % des classes cibles et 64,9 % des classes non cibles, avec une différence significative (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Répartition des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires, selon le suivi au niveau des UDS de la commune de Tizi-Ouzou durant la période de l'étude.

Suivi	Classes cibles		Non classes cibles		Total		p value
	ni	%	ni	%	ni	%	
Oui	69	83,1	37	64,9	106	75,7	DS ; p<0.01
Non	14	16,9	20	35,1	34	24,3	
Total	83	100,0	57	100,0	140	100,0	

2.7.1. Le motif de suivi

L'obturation provisoire était le traitement le plus suivi avec un pourcentage de 34 %, suivie par la restauration définitive avec 24,5 %. À l'inverse, la thérapeutique sur dents temporaires nécrosées était la moins suivie avec 0,9 % (Figure 31).



DISCUSSION

3. Discussion

Dans le cadre de ce mémoire, une étude descriptive type audit a été réalisée concernant les activités de soins bucco-dentaires dans les unités de dépistage et de suivi (UDS) de la commune de Tizi-Ouzou pour l'année scolaire 2023/2024.

3.1. Contraintes et biais

Des difficultés et des contraintes ont été rencontrées dans cette étude :

La pauvreté de la documentation (recherche bibliographique inaccessible) malgré les textes et la réglementation en matière de santé scolaire et programme de santé bucco-dentaire scolaire en Algérie.

Pour cela des visites au ministère de la Santé et de la Population étaient nécessaires pour obtenir les directives et les données ministérielles sur la santé scolaire en Algérie.

Le retard d'accord des autorisations pour l'accès aux établissements scolaires et précisément aux UDS ont retardé la collecte des données, et le début de l'enquête.

Les bilans d'évaluation annuels concernant le dépistage, l'éducation sanitaire et CAO/cao ont été présentés dans cette étude (pour le premier et le deuxième trimestre inclus dans la période de l'étude).

3.2. Discussion des résultats

Le nombre des élèves attachés à toutes les UDS est nettement supérieur au nombre prédéfini par le ministère dans ses instructions (4000 élèves par UDS). Cela peut être dû à une sur-inscription des élèves au niveau des écoles de la commune de Tizi-Ouzou ou à un nombre insuffisant des UDS destinés à couvrir la commune.

État des lieux des UDS de la commune de Tizi-Ouzou

Aménagement

La moitié des UDS ne respecte que 80 % des normes d'aménagement du cabinet dentaire (instruction interministérielle du 24 mars 1997), en raison du manque d'éclairage dans l'UDS 1 et de l'insuffisance de superficie dans l'UDS 4 (< 15m²) obligeant l'utilisation du meuble dentaire comme bureau. Avec une absence des classeurs métalliques dans toutes les UDS. Cette insuffisance est probablement causée par des contraintes budgétaires ou des défauts d'infrastructure qui ont entravé les efforts d'amélioration des installations.

Le dispositif de radiographie dentaire est absent dans toutes les UDS probablement à cause de son coût très élevé, ou par un manque de nécessité.

Dans toutes les UDS, l'insuffisance du personnel médical était marquée, avec un manque de deux dentistes dans les UDS 1 et 2, ainsi qu'un dentiste en moins dans chacune des UDS 3 et

4 rendant le ratio dentistes/élèves réduit (1 dentiste/4000 élèves), cela pourrait être dû à un recrutement insuffisant de médecins dentistes au niveau de secteur sanitaire (EPSP) de la commune, l'indisponibilité de locaux pouvant accueillir de nouveaux personnels ou d'une mauvaise répartition des ressources humaines.

L'instrumentation dédiée aux différents actes était suffisante dans 100% des UDS respectant ainsi les normes établies. Le consommable au quotidien était insuffisant dans 50% des UDS, cela est lié au manque d'anesthésie dans l'UDS 4 et l'insuffisance de canules d'aspiration et de gobelets jetables dans l'UDS 2. Cette insuffisance pourrait résulter d'une mauvaise gestion des stocks, de retards dans les commandes d'approvisionnement ou d'autres facteurs logistiques.

On a noté l'inefficacité de l'activité intersectorielle au niveau de la commune :

Le transport des élèves vers toutes les UDS n'est pas assuré par les collectivités locales, le personnel médical se déplace vers les établissements scolaires pour faire le dépistage et l'éducation sanitaire simultanément. Cela peut être dû à une mauvaise gestion des ressources matérielles allouées au transport scolaire au niveau du secteur.

Aucune assemblée n'a été planifiée entre l'association des parents d'élèves, les directeurs des établissements scolaires et les médecins dentistes des UDS. Cette situation peut s'expliquer par l'insuffisance du ratio (dentiste/élèves) et la charge de travail des dentistes et des directeurs d'établissements qui donnent l'importance aux tâches opérationnelles de priorité, ou que les parents d'élèves donnent la priorité aux questions académiques au détriment de la santé bucco-dentaire de leurs enfants.

L'éducation sanitaire est régulièrement dispensée tous les jeudis de chaque semaine de l'année scolaire. Elle est renforcée annuellement par une journée mondiale de santé bucco-dentaire, qui a eu lieu cette année le 20 mars, ainsi que par une semaine nationale de prévention initiée par le ministère, le thème de cette année était « Promouvoir un Mode de Vie Sain pour Tous » du 15 au 21 avril.

Dépistage

Le taux de dépistage au cours des 2 premiers trimestres était élevé (91%) sans atteindre les 100% exigé par le ministère, l'UDS 1 a enregistré le taux le plus bas (69,4%).

Ces disparités dans les taux de dépistage pourraient probablement s'expliquer par l'absence des élèves au moment de déplacement de l'équipe médicale sachant qu'il y'a un seul passage par établissement ou alors par la difficulté de déplacement des dentistes vers certains établissements scolaires.

Hygiène bucco-dentaire

L'étude a révélé un pourcentage important de 51 %, des élèves affiliés à l'UDS 2 souffrant d'une mauvaise hygiène buccodentaire, dont 80,4 % présentaient au moins une carie. Ces statistiques nécessitent une analyse approfondie pour identifier les facteurs qui ont mené à cette situation, en particulier en les comparant à d'autres études pertinentes. Cela se rejoint à une étude de l'INSP datant de 10 ans, qui a constaté qu'une proportion de 56,6 % des enfants de 6 ans avait une mauvaise hygiène buccodentaire. Par contre, une enquête menée à Oran a

conclu que seulement un taux de 17 % des enfants de 7 ans présentait une mauvaise hygiène buccodentaire.

Cela peut résulter de l'inefficacité des séances d'éducation sanitaire dues au faible ratio dentistes/élèves ainsi qu'aux habitudes alimentaires des enfants, préférant une nourriture riche en hydrates de carbone, ce qui expose leurs dents à des attaques acides importantes.

L'indice CAO et éducation sanitaire

L'indice (cao) moyen des dents temporaires dans l'UDS 2 est le plus élevé parmi toutes les UDS de la commune. Il atteint 3,2, ce qui correspond à un niveau modéré selon les critères de l'OMS (niveau modéré : $2,7 < \text{cao} < 4,4$). En outre, il faut renforcer la sensibilisation et l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire pour améliorer ces estimations en se rapprochant aux objectifs du ministère (52 % pour l'éducation par séance théorique et 45 % par séance pratique <100%).

Dans l'UDS 3, l'indice (CAO) moyen des dents permanentes était à 0,1 (niveau très faible selon l'OMS : $0 < \text{CAO} < 1,1$). Ce constat est très encourageant et prouve l'efficacité de cette UDS dans la promotion de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, soit un pourcentage de 82 % des élèves bénéficiant des séances théoriques et 45 % qui bénéficient de séances pratiques, ce qui est d'une grande importance pour enseigner aux enfants la bonne méthode de brossage dentaire.

La population prise en charge

L'audit d'observation des pratiques a révélé 140 élèves qui ont été pris en charge aux différents cabinets dentaires des UDS, avec une prédominance masculine ayant un âge moyen de $9,8 \pm 3,8$ ans, allant de 5 à 20 ans.

Les élèves étaient principalement pris en charge par les UDS 2 et 1 (37,1% et 31,4% respectivement). Ceci peut s'expliquer par le nombre important des élèves attachés à ces UDS (13882 et 12621 successivement).

La prise en charge a connu une prédominance des élèves du cycle primaire (70%) suivi par ceux de niveau moyen (14,3%). Ceci est conforme aux instructions interministérielles qui ont précisé un nombre plus élevé de classes cibles pour le niveau primaire, contre une seule classe au cycle moyen (2AM). Elle est également due aux besoins des élèves de cycle primaire en soins préventifs tels que le scellement des sillons en raison de leur indice de carie élevé (cao = 3,2 dans UDS 2) ainsi que l'évaluation de l'état de la denture lactéale et mixte qui présentent un guide naturel pour l'émergence des dents permanentes.

59,3% des enfants convoqués étaient concernés par les classes cibles, ce pourcentage élevé reflète une stratégie efficace de ciblage et d'intervention démontrant que les dentistes de santé scolaire réussissent à identifier et à adresser les besoins dentaires prioritaires au sein de la population scolaire, en plus de l'utilisation rationnelle des fiches de liaison. Ce qui est conforme à leur mission principale de promouvoir la santé bucco-dentaire chez les enfants.

Il n'existe pas de différence significative entre les motifs de consultation des classes cibles par rapport aux non cibles, cependant 30,1% des enfants des classes cibles consultent pour douleur dentaire contre 43,9% des enfants des classes non concernées. Les classes cibles bénéficient de séances d'éducation sanitaire contrairement aux classes non cibles, ainsi que

des programmes de soins préventifs plus rigoureux ou plus fréquents, réduisant l'incidence des douleurs dentaires sévères nécessitant une consultation.

17,9% des enfants pris en charge ont été diagnostiqués de dentinite superficielle, cela indique le suivi des enfants dépistés lors des séances de dépistage, étant donné que les symptômes de la dentinite superficielle sont souvent légers et négligeables par les patients. Le pourcentage un peu plus élevé de 47,1% attribué à la dentinite profonde peut être justifié par la progression rapide de la carie dentaire chez l'enfant, accentuée par un manque d'hygiène bucco-dentaire.

Les molaires permanentes et lactéales sont particulièrement sujettes à la carie dentaire durant l'étude en raison de leur anatomie dentaire, caractérisée par la présence de sillons et des irrégularités anatomiques qui sont des véritables niches à bactéries cariogènes.

L'obturation provisoire était le traitement le plus réalisé (31,4%), cela indique une forte demande de soins contre un manque en effectif de médecins dentistes, ce qui les oblige à différer les soins définitifs à des séances ultérieures. Ces résultats expliquent le pourcentage élevé du suivi des obturations provisoires (34,0%).

Avec un taux global de suivi important représenté par 75,7 % du total des élèves pris en charge, dû pour finaliser un traitement déjà initié. Étant donné que le suivi des élèves est primordial et fait partie des tâches les plus importantes des dentistes des UDS.

L'orientation des enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires au niveau des UDS de la commune ne représente que 21,4%, ce qui indique une prise en charge globalement satisfaisante. 33,3% étaient orientés pour une pulpite aiguë et 26,7% pour une DDM vers les spécialités d'odontologie conservatrice (OC/E) (53,3%) et l'orthopédie dento-faciale (ODF) (40%).

Ces pourcentages élevés s'expliquent par le fait que les traitements canalaires et orthodontiques ne font pas partie de la prise en charge expliquée dans le programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Ces pathologies nécessitent une prise en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme.

CONCLUSION

ET

SUGGESTIONS

Conclusion

Malgré les efforts fournis en matière de santé scolaire et les moyens déployés pour renforcer et impliquer tous les secteurs clés, notamment les unités de dépistage et de suivi qui appliquent le programme national de santé en milieu scolaire, des obstacles et/ou des contraintes sont toujours rencontrés entravant l'accomplissement des objectifs requis (améliorer la santé des enfants scolarisés).

À travers cette étude, Les pratiques professionnelles liées aux soins bucco-dentaires ont été observées, les différentes UDS de la commune de Tizi Ouzou se distinguent par leur dévouement à promouvoir le bien-être des élèves de la commune. En appliquant les programmes axés sur la santé buccodentaire, à savoir le dépistage précoce des maladies, et la sensibilisation, afin de créer un environnement éducatif sain et épanouissant.

Cependant, les efforts louables et la présence de certains aspects positifs en termes d'aménagement, de disponibilité d'équipements nécessaires et de la prise en charge appropriée des enfants, des lacunes persistent, entravant la couverture optimale de la santé bucco-dentaire des enfants, reflétant les défis complexes auxquels est confrontée la santé scolaire.

L'importance capitale de la coordination entre les différents secteurs de la santé scolaire est cruciale pour garantir la mise en œuvre efficace du programme national de santé bucco-dentaire au sein des unités de dépistage et de suivi de la commune de Tizi Ouzou.

Dans cette optique, des suggestions sont proposées pour combler ces déficits et améliorer la qualité des soins bucco-dentaires.

SUGGESTIONS

- Renforcer la commune de Tizi Ouzou par la création de nouvelles UDS pour couvrir la sur-inscription des élèves scolarisés.

-Dégager des locaux pour accueillir des cabinets dentaires nouveaux au sein de la même UDS si leurs infrastructures le permettent. Exemple le cas de l'UDS 3.

- Améliorer l'aménagement des UDS déjà préexistantes, par l'approvisionnement en équipements de radiographie dentaire qui représente un dispositif de diagnostic et de traitement, en plus de la fourniture de classeurs métalliques.

- Fournir un budget adéquat pour pallier les insuffisances de stock en anesthésiques et matériaux dentaires, en veillant à la qualité des produits pour améliorer les résultats des

traitements, notamment en utilisant des produits efficaces en pédodontie tels que la Biodentine, le Matériau Tricalcique Aggregate (MTA) et les ciments verre ionomères (CVI).

- Équiper les cabinets dentaires d'instruments et de matériels conformes aux normes actuelles de la dentisterie.
- Recruter des équipes médicales selon les besoins de chaque UDS afin d'équilibrer le ratio (équipe médicale / élèves).
- Affecter des spécialistes selon les besoins, ou des conventions avec des spécialistes privés si nécessaire.
- Assurer la formation continue des médecins dentistes surtout dans le domaine de pédodontie.
- Former des assistants dentaires à l'éducation sanitaire pour prendre en charge l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire là où il n'y a pas suffisamment de médecins-dentistes.
- Coordonner avec les autorités locales pour assurer le transport des élèves vers les UDS et effectuer les séances de dépistage dans le cabinet dentaire avec le plateau technique adéquat.
- Encourager la mise en place de réunions régulières impliquant l'association des parents d'élèves, les directeurs d'établissement scolaire et les médecins dentistes de l'UDS afin de discuter des besoins de santé bucco-dentaire des élèves avec leurs parents afin de partager des informations et de développer des programmes de sensibilisation et de prévention adaptée.
- Evaluer le programme de santé bucco-dentaire en s'appuyant sur les instructions ministérielles mises à jour.
- Renforcer le rôle de l'éducation sanitaire par les actions suivantes :
 - Ajouter une séance supplémentaire par semaine pour améliorer l'éducation théorique et pratique et s'assurer que tout se déroule dans les bonnes conditions dans les écoles.
 - Mettre l'accent sur la motivation à l'hygiène bucco-dentaire en tant qu'élément essentiel de la prévention primaire, en encourageant les enfants à se brosser les dents après le déjeuner à l'école en apportant une trousse d'hygiène dentaire.
 - Créer des personnages ou des mascottes ludiques associés à des conseils d'hygiène bucco-dentaire, et les utiliser dans des vidéos, des bandes dessinées ou des jeux interactifs sur les réseaux sociaux.
 - Intégrer les cours d'éducation sanitaire et promouvoir la motivation à l'hygiène bucco-dentaire en adaptant les techniques de brossage aux différents âges dans les programmes scolaires et les activités à domicile.

- Organiser des rappels réguliers pour promouvoir l'éducation nutritionnelle chez les enfants et maintenir la sensibilisation à l'importance d'une alimentation équilibrée pour la santé bucco-dentaire, en mettant l'accent sur la réduction de la consommation de sucres ajoutés (les bonbons, les sodas et les snacks sucrés) et de le remplacer par des fruits et des légumes.
 - Impliquer les parents d'élèves dans les séances d'éducation sanitaire permet de les sensibiliser suffisamment pour éduquer leurs enfants à la maison et surveiller leur régime alimentaire de manière appropriée.
 - Activer le rôle de l'enseignant dans la santé des enfants en organisant des concours de dessin ou de création de chansons sur le thème de l'hygiène bucco-dentaire. Cela permet aux enfants d'exprimer leur créativité tout en apprenant des conseils essentiels pour prendre soin de leurs dents.
- Orienter les enfants souffrant de pathologies dentaires nécessitant des traitements spécialisés indisponibles à l'UDS vers les spécialistes odontologiques appropriés, en rédigeant des lettres d'orientation. Cette démarche vise à assurer une prise en charge rapide et adéquate afin de prévenir l'évolution de la maladie.
- Maintenir un suivi régulier des enfants pris en charge des différentes UDS pour garantir une prise en charge rapide et efficace de l'évolution des caries dentaires.

Bibliographie

- [1]. Mémoire de fin d'étude, Maroya, K. (2014). "Santé bucco-dentaire des adolescents de 12-15 ans à Cotonou, Bénin. In Proceedings of the International Conference on Public Health" [en ligne] (p. 71), consulté le 10/06/2024, disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00976033/document>.
- [2]. J. R. Jasmin, G. Perrier d'Arc, F. Bayada et L. Israël "Effets de la perte prématurée des dents temporaires sur l'établissement de l'occlusion", mars 2010 [en ligne], consulté le 10/06/2024, disponible sur <https://odf.edpsciences.org/>
- [3]. Ministère de la Santé et de la Population, Bureau de Liaison de l'OMS en Algérie. Cours de santé scolaire, Manuel de base: Éditions du Journal Algérien de Médecine; 1995.
- [4]. La chaîne de l'espoir, « La santé scolaire », [en ligne], mai 2018 [www.chainedelespoir.org/fr/nos-actions/la-santé-scolaire], consulté le 11/09/2023.
- [5]. Association américaine de la santé scolaire, « La santé scolaire », [en ligne], mars 2019, [<https://www.ashaweb.org/>], consulté le 11/09/2023.
- [6]. Ait Gherbi F, Mekaibeche N. Les unités de dépistage scolaire et suivi CAS : l'unité de Fréha [Mémoire]. Tizi Ouzou : Université Mouloud Mammeri; 2018.
- [7]. Delamare, 2013, Dictionnaire des termes de médecine, p782.
- [8]. Circulaire Interministérielle N°176 du 27/12/1989 relative à l'organisation et à l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
- [9]. Circulaire Interministérielle N°01 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.
- [10]. Revue Sciences et Pratiques des Activités Physiques Sportives et Artistiques N°05 (2014/1) (Mars 2014).
- [11]. Ministère de l'Éducation Nationale. Arrêté du 10 Déc 2020 fixant la typologie des constructions scolaires. Journal Officiel N°33 du 5 Mai 2021.
- [12]. Alano A, Ambachew H, Hailu D, Tilaye T, Tafere W. Module sur Santé Scolaire. Éthiopie: Université d'Debut; 2005.
- [13]. Instruction Interministérielle N°02 du 27/04/1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi installées dans les établissements scolaires.

- [14]. Instruction Interministérielle N°144 du 24/03/1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une unité de dépistage et de suivi de santé scolaire.
- [15]. Instruction Interministérielle du 11 Décembre 2011 relative aux actions à réaliser durant l'année 2011/2012 dans le cadre du programme national de santé scolaire.
- [16]. Quotidien national d'information algérien EL MOUDJAHED 06 septembre 2023.
- [17]. Revue: "Financement des UDS dans la santé scolaire en Algérie pendant le COVID19"-Université de Blida 2- (décembre 2022) [en ligne], consulté le 12/01/2024, disponible sur <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/269/12/2/208027>.
- [18]. Ministère de la Santé et de la Population, Bureau de santé scolaire bucco-dentaire. Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire; 2023.
- [19]. Ministère de l'Education Nationale. (s.d.). Le financement de l'éducation ; sans date.
- [20]. Nouvelles Directives (2019/2020) pour le renforcement du programme de la santé scolaire pour la rentrée 2019/2020, sur <https://www.aps.dz/santé-science-technologie>.
- [21]. Wikipédia, « ministère de l'éducation national », [en ligne] ,23 mai 2023, [<https://fr.hespress.com/47786-sante-dans-le-milieu-scolaire-plus-de-15-million-deleves-beneficiaires-de-la-campagne-de-depistage.html>], juin 2024.
- [22]. Page officielle de la direction de la santé publique de Tizi-Ouzou, [en ligne]. [<https://www.facebook.com/>], mai 2024.
- [23]. Wikipédia, « ministère de l'intérieur et des collectivités locales algérien », [en ligne], 19 mars 2022, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Minist%C3%A8re_de_l%27Int%C3%A9rieur_et_des_Collectivit%C3%A9s_locales], juin 2024.
- [24]. Page officielle du ministère de l'intérieur, [en ligne], [<https://www.facebook.com/>], juin 2024.
- [25]. Page officielle du bureau régional de l'ANPE-Skikda, [en ligne], [<https://www.facebook.com/>], juin 2024 .
- [26]. Journal DK News, « Clino-mobile du CRA : Des consultations médicales au profit des habitants du village d'Amsel », [en ligne] ,17/01/2016, [<https://www.dknews-dz.com/>], juin 2024.
- [27]. Site de génération de photos, [en ligne], [<https://depositphotos.com/>], juin 2024.

- [28]. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts - méthodes - stratégies. Éditions Nouvelles, 1995, 480 p.
- [29]. Bureau UNICEF Congo-Brazzaville. Consultant/e national/e chargé/e de l'élaboration de la stratégie de santé scolaire et de son plan de mise en œuvre, en République du Congo [en ligne]. [consulté le 16/01/2024]. Disponible sur: <https://www.impactpool.org/jobs/955816>.
- [30]. Ministère de la Santé. Guide d'utilisation des supports d'évaluation des activités du programme national de santé scolaire; 2022.
- [31]. Ministère de la Santé et de la Population, Bureau de Liaison de l'OMS en Algérie. Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire; 2001.
- [32]. Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.
- [33]. Carlos JP, Cohen B, Krasse B, Marthal, Rybakove A, I et al. Etiologie et prévention de la carie dentaire, Rapport d'un groupe de scientifiques de l'OMS, série de rapports technique OMS, Genova 1972, 495 : 5 – 14.
- [34]. Sophie Dartevelle, Benoît Perrier, Anne Abbe Denizot, Françoise Coton Monteil Prévention bucco-dentaire en milieu scolaire.
- [35]. Institut National de Santé Publique. Etat de Santé Buccodentaire de l'Enfant Algérien 6 ans, 12 ans et 15 ans. Alger Impression Anep Rouiba – 2014;(11-73).
- [36]. UFSBD, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Fiche conseil: "Les scellements de sillons (sealant) : pourquoi et comment ?".
- [37]. SFOP, Société française d'odontologie pédiatrique, Recommandations sur la pratique des scellements des puits et fissures. Journal d'odontostomatologie pédiatrique ; 23 vol II, n°4 ; 2004 :223-228.
- [38]. Direction de la prévention. Ministère de la santé et de la population. Bulletin d'information de la prévention à l'hygiène bucco-dentaire en milieu scolaire n° 23 ;avril 1999.
- [39]. Instruction interministérielle n° 06 du 02 septembre 2014 relative à la redynamisation du programme national de santé scolaire.
- [40]. Journal le soir d'Algérie, « programme spécial en milieu scolaire », [en ligne], 19/12/2019, [<https://www.courrierinternational.com/>], juin 2024.
- [41]. Site de vente de matériel médical en ligne, [en ligne], [<https://french.alibaba.com/product->

[detail/Instrument-Tray-3-PCs-Medical-Surgical](#)], juin 2024.

[42]. Site de vente de matériel médical, « Fauteuil OJ2D », [en ligne], <https://distributeur-dentaire.com/fauteuils-dentaires>], juin 2024.

[43]. Clinique dentaire Dominic Pontbriand, « restauration en composite », [en ligne], mars 2017, <https://dentistemauricie.com/restauration-en-composite>], juin 2024.

[44]. CHD. A quelle fréquence faire un détartrage dentaire [en ligne] 2022 [consulté le 16/04/2024]. Disponible sur : <https://www.cliniquehygienesdentaire.ch/fr>.

[45]. Dr Pierre Sultan. Les extractions dentaires [en ligne] 2023 [consulté le 16/04/2024]. Disponible sur : <https://dentiste92.com/>.

[46]. FDPL. Matériel dentaire [en ligne] 2022 [consulté le 16/04/2024]. Disponible sur : <https://forum-des-professions-liberales.fr/>.

[47]. MONCOMPTOIR médico-dentaire. Boutique [en ligne] [consulté le 16/04/2024]. Disponible sur : <https://moncomptoirdz.com/>.

[48]. Instruction Ministérielle N°009 du 25 décembre 2004 relative au renforcement des activités du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

[49]. Instruction Interministérielle N°01 du 27 mars 2006 relative à la mise en œuvre du programme fluor pour la prévention de la carie dentaire en milieu scolaire.

[50]. Mokrani K. Reprise du « programme fluor » en milieu scolaire [en ligne] 2009 [consulté le 18/01/2024]. Disponible sur : <https://www.djazairess.com>.

[51]. Instruction Interministérielle N°02 du 11 décembre 2019 relative au renforcement du programme national de santé scolaire et de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

Annexes

ANNEXE I : Circulaire interministérielle N° 01 du 6 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'INTERIEUR MINISTERE DE L'EDUCATION MINISTERE DE LA SANTE
ET DES COLLECTIVITES NATIONALE ET DE LA POPULATION
LOCALES

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° 01 DU 6 AVRIL 1994 PORTANT PLAN DE REORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE

La santé scolaire concerne plus du quart de la population et constitue un élément fondamental dans la promotion de la santé de la population dans son ensemble ce qui justifie la priorité qui doit lui être accordée dans les programmes nationaux de santé.

Or, il est constaté l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités d'hygiène scolaire, trop souvent réduites à des rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel.

Partant de ce constat, les Ministères de la santé et de la population, de l'Education Nationale et de l'Intérieur et des collectivités locales ont décidé de mettre en œuvre progressivement un plan de redressement basé sur l'amélioration de la qualité des prestations et du niveau de couverture sanitaire en milieu scolaire, le développement des actions sanitaires basées sur l'approche par programme, la promotion de l'éducation sanitaire dans les écoles et lycées et enfin la coresponsabilité dans ce domaine impliquant la santé, l'éducation, les collectivités locales et les associations des parents d'élèves.

Ainsi le PROGRAMME NATIONAL à mettre en œuvre.

Ne doit pas se limiter aux aspects médicaux de l'hygiène scolaire, mais devra imposer la notion de santé scolaire. Doit être préparé et mis en application progressivement jusqu'en Septembre 1997, avec une évaluation et un réajustement périodiques. Doit préciser les objectifs minima communs et fournir les informations et les moyens indispensables aux personnels de base, afin qu'ils puissent choisir les modalités d'organisation et d'action les plus adaptées à leur situation, les mieux intégrés au plan local d'action sanitaire.

Dans le cadre de ce programme national, puis en application des conclusions du séminaire de SIDI FREDJ (20-22 Avril 1991) et suite aux travaux du comité national technique de la santé scolaire et Universitaire (réunissant de représentants des trois secteurs et des associations de parents d'élèves), le plan d'action portant sur l'amélioration des prestations médico-sanitaire aux profits des élèves comporte des mesures transitoires qui doivent être engagées dès le début de l'année 1994.

Aussi, il est demandé aux directeurs de la santé et de la protection sociale, aux directeurs de l'éducation de Wilaya, aux directeurs de secteur sanitaires ainsi qu'aux responsables communaux, de prendre dès le début de l'année 1994 ces mesures transitoires qui préparent une nouvelle organisation de la santé scolaire.

LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE :

La nouvelle organisation de la santé scolaire est fondée sur :

La mise en œuvre des moyens humains et matériels correspondant à l'importance de la population à couvrir.

L'amélioration des conditions et du contenu de la visite médicale systématique de dépistage : approche sur objectifs et rigueur dans le choix des tests.

La mise en place d'un suivi rigoureux des affections dépistées visant une amélioration de leur prise en charge.

L'implication étroite de tous les secteurs concernés.

Les fiches techniques annexées à la présente circulaire ont pour but d'aider les médecins, les chefs d'établissements scolaires et les responsables communaux, coordonnés par le service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMPEP) de chaque secteur sanitaire, à choisir les modalités d'application les mieux adaptées à leur situation.

PLAN D'OPERATION:

La première mesure, consiste en la désignation d'un coordinateur de la santé scolaire, dans le cadre des activités du SEMPEP de chaque secteur sanitaire, il aura pour tâche d'aider ses confrères et leurs autres intervenants à mettre en œuvre les actions destinées à réorganiser la santé scolaire.

La nouvelle organisation exige ensuite plusieurs mesures qui devront impérativement être prises durant l'année 1994.

1- Les Locaux :

Ils seront utilisés selon les normes proposées par le comité national technique de santé scolaire et universitaire.

- Les unités de santé de base seront souvent les plus aptes à accueillir les nouvelles « unités de dépistage et suivi ».

- Certains établissements scolaires pourront mettre à la disposition de la santé scolaire les locaux nécessaires, directement accessible de l'extérieur, 44 heures par semaine, durant toute l'année y compris les périodes de congés scolaires.

- Là où il n'existe aucune de ces deux possibilités, les autorités communales devront chercher les locaux disponibles, les aménagés et en assurer l'entretien et le gardiennage.

- Dans les zones éparses, l'acquisition et l'utilisation de clinomobiles est à envisager.

- Enfin, si aucun local satisfaisant n'est disponible, et si l'on ne dispose pas d'un clinomobile, les visites de dépistage devront encore se dérouler dans des classes. Cependant le directeur de l'école devra préparer convenablement ces classes.

Un local adéquat ou un clinomobile devra être inscrit au programme de développement communal.

En tout état de cause la pratique de la visite médicale systématique en en classe devrait prendre fin d'ici Septembre 1995.

2- Le personnel médical :

Il devra être affecté aux activités de santé scolaire, pour chaque sous-secteur sanitaire, par la direction du secteur sanitaire, selon les normes proposées en annexe.

Il sera choisi :

Parmi le personnel existant au niveau du secteur sanitaire.

Par réintégration technique au SEMPEP du secteur sanitaire, des médecins qui auraient pu être recrutés pour un établissement scolaire.

La responsabilité administrative restera dévolue à leur organisme employeur mais ils devront organiser leur activité médicale sous la responsabilité du SEMPEP du secteur sanitaire.

- Par recours à la DSPS pour mutation inter secteur ou pour recrutement si nécessaire.

3- Les déplacements des élèves : vers les unités de dépistage et de suivi se fera en groupe accompagnés d'enseignants.

Ce n'est que dans l'impossibilité de retrouver un local mieux adapté ou un moyen de transport pour les élèves de certaines écoles éloignées, que ces élèves pourront être examinés dans des salles de classes, bien préparées, pour assurer le transport de l'équipe de santé scolaire vers l'école.

4- La collaboration Médecin-Inspecteurs et Directeurs d'Etablissements-Enseignants :

L'utilisation rationnelle des spécialistes disponibles.

Le recrutement de spécialistes en cas de besoin.

La collaboration des spécialistes du CHU ou du secteur le plus proche.

Nous attachons une importance particulière à l'application des dispositions de la présente circulaire et vous demandons de nous tenir informés à l'ensemble des mesures prises à l'échéance du 31 juin 1994 qui permettra une première évaluation destinée à préparer le plan d'opération pour l'année 1994 / 1995.

FICHE TECHNIQUE N° 1

LOCAUX

Les salles de classe s'étant relevées inadéquates pour effectuer un dépistage scientifiquement valide, il importe de trouver et d'équiper d'autres locaux, mieux adaptés, partout où cela sera possible, ces locaux seront organisés en « unité de dépistage et de suivi » U.D.S.

Description de l'unité de dépistage et de suivi (U.D.S) :

Une U.D.S comprend : 1 cabinet médical normalisé, chauffé, bien éclairé, avec deux vestiaires

- 1 Salle « paramédicale »
 - * longue de 5m (pour optométrie)
 - * bien éclairé
 - * abritant secrétariat et documents.
- 1 Salle d'attente, avec accès aux vestiaires
- 1 Bloc sanitaire à proximité.

Localisation :

Par exigence de proximité de la population scolaire, il conviendra d'équiper au mois une U.D.S au chef-lieu de chaque commune (correspondant à une ou plusieurs écoles fondamentales intégrées).

L'U.D.S peut être localisé :

Dans une unité de santé de base.

Dans un établissement scolaire à condition qu'il soit ouvert à tout élève des autres établissements, 44 heures par semaine et durant toute l'année y compris les périodes des congés scolaires.

Dans un local spécialement aménagé.

Dans un clinomobile.

Norme d'utilisation :

Une population scolaire de 8000 élèves dans une commune nécessite l'utilisation d'une U.D.S à plein temps (visites de dépistage, suivi, consultation, évaluation).

Quand la population scolaire est inférieure à 8000 élèves, ce local sera utilisé à raison de 1 jour par semaine, par tranche de 1500 élèves et pourra servir à d'autres activités de santé le reste du temps.

Moins de 1500	=	1 jour par semaine
1500 à 3000	=	2 jours par semaine
3000 à 4500	=	3 jours par semaine
4500 à 6000	=	4 jours par semaine
6000 à 8000	=	plein temps.

Quand la population scolaire est supérieure à 8000 élèves on doit prévoir une autre U.D.S (de 10.000 à 16.000 élèves) ou plusieurs, dans la même commune, si leur éloignement le justifie, dans ce cas contraire, il suffira d'ajouter l'U.D.S de la commune, un cabinet médical par tranche de 800 élèves.

4-1-Localux spécialisés :

Les normes des locaux nécessaires aux chirurgiens-dentistes et aux psychologues de l'équipe de santé scolaire seront précisées dans les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

FICHE TECHNIQUE N° 2 :

PERSONNEL

Personnel médical :

La nouvelle organisation des activités de santé scolaire (préparation, programmation, dépistage, suivi et évaluation) nécessite. Le travail à plein temps d'un médecin pour environ 8000 élèves scolarisés.

Il sera donc nécessaire d'affecter aux activités de santé scolaire un ou plusieurs médecins par commune, à temps complet ou partiel, à raison de 1 jour par semaine pour chaque tranche de 1500 élèves scolarisés.

Nombre d'élève	Médecins à temps plein	Médecin à temps partiel
Moins de 1500	-	1 jour / semaine
1500 à 3000	-	2 jour / semaine
3000 à 4500	-	3 jour / semaine
4500 à 6000	-	4 jour / semaine
6000 à 8000	1	-
8000 à 9500	1	1 jour / semaine
9500 à 11000	1+	2 jour / semaine
14000 à 16000	2+	-
16000 à 17500	2+	1 jour / semaine.

Ces affectations (précisant le lieu, et le temps, plein ou partiel) se feront d'abord par redéploiement du personnel médical existant, puis par réintégration technique au SEMEP des médecins qui auraient pu être recrutés « parallèlement » pour des établissements scolaires ou des communes.

Au cas où certains postes n'auraient pu être pourvus, il conviendra d'en informer la DSPS pour un redéploiement des affectés au niveau de la wilaya (mutations inter-secteurs) ou pour recrutement.

Personnel paramédical :

Il faudra affecter un ou deux infirmiers (ères) pour un médecin durant tout son temps d'activité de santé scolaire.

Les paramédicaux recrutés par l'éducation devront être intégrés aux activités de santé scolaire.

Personnel spécialisé :

La place des chirurgiens-dentistes et des psychologues dans l'équipe de santé scolaire, ainsi que les profils des psychologues seront précisés par les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

FICHE TECHNIQUE N° 3 :

**PREPARATION – PROGRAMMATION DE LA VISITE
MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE**

1- Le coordinateur obtient, à la direction de l'éducation de Wilaya (ou aux directions de lycées et écoles fondamentales intégrées) les listes des établissements scolaires du secteur sanitaire, commune par commune.

Chaque établissement est identifié par son officiel, son application usuelle si elle diffère, et son adresse précise (quartier, rue, douar....).

2- Le coordinateur ou le médecin – chef de sous secteur, obtient des directeurs de lycées et d'E.F.I. (avant le 20 Septembre) les prévisions de toutes les divisions pédagogiques

(appellation officielle d'une « classe ») clairement identifiées, pour chaque établissement et annexe.

3- Les médecins, les directeurs de lycées et E.F.I. et les responsables communaux se réunissent avec le chef de service de la planification de la D.E.W pour choisir la localisation des U.D.S. aux chefs – lieux de communes et éventuellement, ailleurs :

En unité de santé de base

En établissement scolaire

En local communal

En clinomobile

4- Classe – cibles :

Une visite médicale systématique de dépistage minutieuse et précise.

La participation attentive des enseignants pour signaler certains troubles pouvant en cours d'année.

L'installation d'un système de suivi rigoureux, ne perdant aucun élève d'une année sur l'autre.

Sont trois conditions à réunir pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, il suffira alors d'examiner chaque année, en visite médicale systématique de dépistage, les élèves de 4 classes cibles : 1^o, 2^o et 7^o AF, 1^o AS, puisque ces classes cibles permettent de dépister des affections ayant pu apparaître à ces âges clés et de retrouver les élèves suivis à leur entrée dans un nouveau cycle d'études (il n'y a donc plus à tenir compte des anciennes classes cibles

1^o, 6^o, 9^o AF, 3^o AS) Dès qu'il sera possible la visite de 1^{ère} AF sera décalée en préscolaire à l'âge de 5 ans.

5- Le coordinateur du secteur sanitaire (ou : et les médecins–chefs des sous secteur) établit, avec le ou les médecins affectés à la santé scolaire pour chaque commune, la liste des divisions pédagogiques (appellation officielle des classes) que ces derniers de proposent d'examiner au minimum, toutes les divisions pédagogiques des 4 classes cibles : 1^o, 2^o, 7^o AF et 1^o AS.

Il sera important de bien distinguer.

- Les établissements dont les élèves, accompagnés de leur enseignant pourront se rendre à l' U. D. S. à pieds.

- Et ceux pour lesquels un moyen de transport sera nécessaire.

6- Le coordinateur et les médecins désignés pour chaque commune établissement ensemble, en début d'année scolaire, la programmation des VMS de dépistage, au rythme de 1 ou 2 divisions pédagogiques par jour de V.M.S. (en moyenne, 3h 30 pour une classe d'élèves).

7- Le coordinateur s'assure des moyens de déplacement.

Des classes entières, de l'école vers l'U.D.S

Ou du clinomobile vers les écoles

Pour les élèves dont le déplacement vers un local adéquat ne pourra être dès cette année, il conviendra de prévoir le déplacement de l'équipe (1 médecin + 1 ou 2 paramédicaux) vers l'école, et de s'assurer que les classes ou se déroulera la VMS de dépistage auront été nettoyés, et organisées de façon à se rapprocher des conditions décrites pour l'UDS.

En tout état de cause, la pratique de la VMS EN CLASSE DEVRAIT PRENDRE FIN Septembre 1995, délai suffisant pour régler les problèmes de locaux et de transport.

Le suivi devra, dans tous les cas, être effectué, hors de classes

FICHE TECHNIQUE N° 4 :

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

4-A Problèmes prioritaires retenus :

Pouvant bénéficier d'une stratégie de dépistage

1- Problèmes relevant d'un programme national

Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

Malnutrition protéino-énergétique

Goitre (dans les régions d'endémie)

Anémie carencielle

Vaccination

2- Problèmes désignés comme prioritaire par le séminaire de SIDI FREDJ

Problèmes bucco-dentaires

Problèmes de santé mentale

3- Problèmes reconnus comme sévères par le comité national technique de santé scolaire et universitaire (CNTSSU).

Insuffisance rénale chronique (problème uro-néphrologiques)

Diabète

Asthme

Epilepsie

Hypoacousie

Conjonctivite chronique

Déformation du rachis

Parasitose

Ectopie testiculaire

Enurésie.

FICHE TECHNIQUE N° 5:

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

4.B. Contenu / stratégie de dépistage et affections recherchées par VMS.

1. Interrogatoire :

Antécédent connu de R.A.A ou hospitalisation pour arthrite ?
Injections tous les 15 ou 21 jours
Difficultés scolaires ?
Troubles du comportement ?
Troubles du langage
Dysurie ? Pollakiurie ? Hématurie ?
Diabète connu ? Polyurie – Polydipsie ?
Asthme connu ? Causes de dyspnées ?
Epilepsie connue ? Pertes de connaissance, crises épileptiques
Fréquente rougeur des yeux ?
Fréquent écoulement nasal ?
Parasitose intestinale ?

2. Inspection :

- Avant bras	- cicatrice de BCG
- Cuir chevelu	- pédiculose
- Yeux	=strabisme, ptosis
- Revêtement cutané	=Gale, impétigo
- Squelette	=Déformation du rachis, déformation des membres.

3. Examen physique :

- Observation des conjonctives	= anémie
- Observation de la bouche	= carie, malposition, gingivite
- Palpation du cou	= goitre
- Auscultation cardiaque	= souffle organique
- Palpation des testicules	= ectopie testiculaire.

4.C. Déroulement de la visite médicale systématique de dépistage :

Toujours avec la présence de l'enseignant

Pour les 1^{ères} A.F en présence de la mère (ou du père)

Toute affection dépistée doit être enregistrée (cf. pré-liste 4 E)

1. Activités paramédicales : par 1 infirmier (ère).

Accueil des élèves

Inspection à la recherche de :

cicatrice BCG (1^{ère} A.F seulement)

pédiculose

gale

déformation des membres (1^{er} AF)

Observation de la bouche à la recherche de caries malpositions et gingivites.

Optométrie : baisse de l'acuité visuelle.

2- Visite médicale : Par 1 médecin = 1 infirmier (ère)

- Interrogatoire des parents (1^{er} A.F) et / ou analyse de leur réponses au questionnaire (2^{ème} A.F).

- Interrogatoire de l'enseignant : analyse de ses réponses au questionnaire (1^{er} et 2^{ème} A.F)

Interrogatoire de l'élève à la recherche de :

antécédents de R.A.A

diabète

asthme

épilepsie

parasitose intestinale (1^{er} et 2^{ème} A.F.)

énurésie (1^{er} et 2^{ème} A.F.)

dysurie, pollakiurie, hématurie

trouble du langage

problème psychologiques

- Examen physique à la recherche de :

ptosis, nystagmus

anémie clinique (observation des conjonctives) en) en 1^{er} A.F.

goitre (palpation du cou) en région d'endémie

souffle cardiaque organique (auscultation cardiaque)

déformation du rachis

ectopie testiculaire (palpation) en 1^{er} A.F

acoumétrie vocale (si hypacousies signalée) 1^{er} et 2^{ème} A.F.

« labstix » (si troubles uro-néphrologiques signalés)

3- Prescription éventuelle :

Inscription pour suivi

Orientation pour le chirurgien- dentiste (les autres orientations se feront à partir d'une consultation de suivi, en présence d'un parent).

FICHE TECHNIQUE N° 6

VISITE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :

4-D-1-- Questionnaire à remplir par les parents de chaque élève de 1°, 2° A.F.

(avec l'aide de l'enseignant si nécessaire et à remettre à l'enseignant avant la visite médicale systématique)

Les renseignements demandés ci-dessous sont destinés à aider et orienter le médecin de santé scolaire dans son examen de l'enfant à la recherche d'une éventuelle maladie nécessitant une surveillance et un suivi ou perturbant la scolarité de l'enfant.

il est bien entendu que ces renseignements sont confidentiels et relevant du secret médical, auquel l'enseignant est également tenu.

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et prénom :

Nombre de personnes vivant à la maison :

Père

Mère

Frères

Soeurs

Autres

Votre enfant a t-il :	OUI	NON
- été hospitalisé ou traité pour une inflammation des articulations ?		
- reçu des injections tous les 15 ou 21 jours ?		
- présenté un amaigrissement rapide ?		
- présenté des difficultés à respirer ?		
- des pertes de connaissance, évanouissements ?		
- des convulsions ?		
- des troubles du comportement (instabilité, agressivité, isolement ?		
- des troubles du langage (mauvaise articulation, bégaiement) ?		
- une baisse de l'audition ?		
- une fréquente rougeur des yeux ?		
- un fréquent écoulement nasal ?		
- des vers dans les selles ou un prurit anal ?		
- une énurésie (urine dans son lit) ?		
- des besoins urinaires très fréquents ?		
- du sang dans les urines ?		
- été traité pour une des affections suivantes :		
- rhumatisme aigu		
- diabète		
- asthme		
- épilepsie		
- autre affection, si oui ; laquelle :.....		
- présenté d'autres trouble que vous jugez utile de signaler, lesquelles :.....		

FICHE TECHNIQUE N° 7 :

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :

4. D-2 Questionnaire à remplir par l'enseignant de chaque élève de 1° et 2° AF.

(et à joindre au dossier médico scolaire avant la visite médicale systématique de dépistage).

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et prénom de l'enseignant :

Veuillez avoir l'obligeance de noter ci – dessous les remarques sur lesquelles vous aimeriez attirer l'attention du médecin qui doit examiner votre élève (Nom et prénom)

Et de classer cette fiche dans son dossier médico-scolaire

Votre enfant a t-il	OUI	NON
Votre élève a t-il :		
- une vue insuffisante ?		
- trouble de l'audition ?		
- difficultés scolaires (d'adaptation ou d'acquisition) ?		
- troubles du comportement ?		
- troubles du langage ?		
- absences répétées ?		
- fréquente rougeur des yeux ?		
- fréquent écoulement nasal ?		
- besoins urinaires très fréquents ?		

FICHE TECHNIQUE N° 8

SUIVI

5.A affection nécessitant un « suivi »

Amalgissement, hypotrophie.
Pâleur des conjonctives
Difficultés scolaires
Troubles du langage
Troubles du comportement
Baisse d'acuité visuelle
Strabisme, ptôsis, nystagmus
Conjonctivite chronique
Hypacousie
Rhinite chronique
Goitre
Antécédent de R.A.A
Souffle organique
Diabète
Asthme
Epilepsie
Déformation du rachis
Déformation des membres
Ectopie testiculaire
Enurésie
Dysurie pollakiurie
Absentéisme répété (signalé par l'enseignant ou le directeur)
Retour d'hospitalisation (signalé par l'enseignant ou le directeur)
Affection chronique grave (retrouvée dans les documents ou en consultation)

FICHE TECHNIQUE N° 9 :

SUIVI

5.B) Organisation :

1- Objectifs et intérêt :

préciser les diagnostics des affections dépistées
permettre prescription ou orientation pour prise en charge
contrôler les résultats des prescriptions et prises en charge
améliorer la connaissance épidémiologique de la population scolaire
recenser les ressources nécessaires pour les prises en charge.

2- Responsable : Dans toute la mesure du possible les médecins ayant pratiqué la visite de dépistage sont responsables du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens + dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire).

3- Listing des élèves à convoquer pour un suivi :

établi par l'infirmier, à la suite de la visite de dépistage de chaque classe.

4- Registre du suivi :

- Pour chaque UDS, le médecin responsable de la santé scolaire (plein temps ou temps partiel) établira un registre reclassant les élèves à suivre, par école et par classe (divisions pédagogiques). Et laissant en face le Nom, Prénom, Affection dépistée pour chacun, la place pour les dates de convocations, les diagnostics approchés ou confirmés durant les examens de suivi, et les décisions prises (orientation, traitement de longue durée...).

- Le registre regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés des années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis :

soit parce qu'ils présentent une affection chronique

soit parce que leur diagnostic n'est pas encore précisé

ce registre (qui peut être un simple cahier écolier) constitue l'outil indispensable.

pour la réalisation effective du suivi

pour l'amélioration de la prise en charge

pour la connaissance épidémiologique de la population scolaire.

5- Convocation :

Selon les journées choisies par le médecin pour le suivi et selon les priorités qu'il indiquera (sévérité, délai de prise en charge...) l'infirmier (e) porte le registre les dates de convocations (par exemple, au rythme de 20 par jour) et établit une convocation pour chaque élève. La convocation portera très clairement école / classe / Nom et Prénom / localisation de l'UDS ou il se rendra / date et heure.

La convocation indiquera que l'élève doit être accompagné de sa mère (de préférence) ou de son père, et qu'il doit apporter son dossier médico-scolaire et les autres documents médicaux le concernant.

Les convocations sont adressées au directeur de l'école pour être remises aux parents d'élèves convoqués, avec les dossiers médico-scolaires sont classés à l'école et transférés avec les dossiers scolaires lors d'un changement d'établissement.

6- Examen médical de suivi ? A L'U.D.S

Toujours en présence d'un parent pour chaque élève.

L'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

- Préciser le diagnostic ... et l'expliquer aux parents (et aux grands élèves).

- permettre puis contrôler une prise en charge correcte :

Explication de la nécessité et des modalités d'un traitement, d'examen complémentaire, d'une consultation ou d'une hospitalisation en service spécialisé.

FICHE TECHNIQUE N° 10 :

SUIVI

5. C. Consigne à adresser à tout enseignant, de toute classe
(1^{ère} à 3^{ème} A.S) après traduction en arabe.

Direction de l'Education de la Wilaya de

La nouvelle organisation de la prévention scolaire, qui vise à préserver plus efficacement la santé de la population scolaire implique une plus étroite avec le médecin.

En pratique, il est demandé à chaque enseignant de :

- mesurer 1 ou 2 fois par an, et noter sur le dossier médico-scolaire de chaque élève : date/poids/taille.
- préparer la visite médicale systématique des 1^{ère} et 2^{ème}A.F en joignant au dossier médico- scolaire de chaque élève les réponses au questionnaire – parents et au questionnaire – enseignant.
- être présent à la VMS de dépistage (enseignant de la classe, en 1^{ère} et 2^{ème}A.F, adjoint d'éducation ou professeur d'EPS, en 7^{ème} AF et 1^{ère} AS).
- adresser au médecin de santé scolaire, chaque élève (accompagné de sa mère ou de son père, et muni de son dossier médico-scolaire) qui présenterait, en cours d'année scolaire l'un des troubles suivants :
 - perte de poids entre 2 pesées successives
 - difficultés de vision
 - aggravation des difficultés scolaire
 - troubles psychologiques, trouble du comportement
 - troubles du langage
 - pertes de connaissance, crise épileptique
 - toux pendant plus de 20 jours consécutifs
 - besoins urinaires très fréquents
 - absentéisme répété (plus de 15 jours d'absence en 3 mois) ou dès son retour en classe après un séjour à l'hôpital.

ANNEXE II : Instruction interministérielle n° 02 du 27/02/1995, relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des UDS installées dans les établissements scolaires.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 27/02/95 RELATIVE AUX MODALITES DE CREATION,
DE GESTION ET DE FONCTIONNEMENT DES UNITES DE DEPISTAGE ET DE SUIVI INSTALLEES DANS LES
ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**

DESTINATAIRES : - MM LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
-MM LES DIRECTEURS DE L'EDUCATION DE WILAYA

REFERENCE : - Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 77 à 82.
Arrêté Interministériel N° 26 du 21 juin 1987 relatif aux conditions d'éviction et aux mesures de prophylaxie à prendre en cas de maladies contagieuses dans les établissements scolaires.

Instruction Interministérielle n°42 du 24 Mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 495 du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

Circulaire interministérielle n°5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

Circulaire interministérielle n° 175 du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection scolaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 176 du 27 Décembre 1989 relative à l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Le plan de réorganisation de la santé scolaire, mis en œuvre suite à la circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 comporte entre autres mesures la mise en place des moyens humains et matériels en rapport avec l'importance de la population scolarisée et les prestations préventives, curatives et éducatives pour la santé à fournir aux enfants et adolescents scolarisés.

C'est pourquoi il a été décidé de renforcer de manière significative l'effectif des praticiens médicaux exerçant en santé scolaire, par l'affectation de médecins au niveau des unités de dépistage et de suivi (U.D.S) implantées dans les établissements scolaires.

Dans ce cadre, la création des nouvelles U.D.S citées ci-dessus doit être réalisée en priorité dans les établissements d'enseignement secondaire (lycées et technicums) et les écoles fondamentales disposant de locaux pouvant abriter l'U.D.S.

Chaque U.D.S doit couvrir une circonscription pédagogique comprenant un lycée, une ou deux écoles fondamentales, les A.E.F rattachées à cette ou ces écoles fondamentales.

L'U.D.S doit être conforme aux normes définies dans la fiche technique n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°1 du 6 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire, ci-dessus visée en référence.

MODALITES DE CREATION DES U.D.S DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES

Les U.D.S des établissements scolaires sont créés par décision conjointe du Directeur de l'éducation de Wilaya et du Directeur de la Santé et de la Protection Sociale après avis du Directeur du Secteur Sanitaire localement compétent.

La gestion et le fonctionnement de l'U.D.S sont cependant sur le plan médical et technique le médecin de l'U.D.S est seul responsable.

L'équipement ainsi que la fourniture de produits consommables sont pris en charge par les services compétents de l'éducation.

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui en assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire.

Le personnel médical et paramédical est tenu au respect du règlement intérieur de l'établissement qu'il couvre durant toute l'année scolaire.

Par ailleurs le personnel médical et paramédical est dans l'obligation de suivre les sessions de formations organisées à son intention par le Ministère de la Santé et de la Population, y compris pendant les périodes de vacances scolaires.

Pendant les vacances scolaires le médecin de l'U.D.S établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale.

Le personnel paramédical recruté et géré par les services de l'éducation doit être en priorité affecté au niveau des U.D.S implantées dans les établissements scolaires.

Le contrôle technique et l'organisation des activités de l'U.D.S, sont assurés par le secteur sanitaire.

Le programme annuel est arrêté par le médecin de l'U.D.S conjointement avec le (s) Directeur (s) des établissements scolaires, concernés conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire en milieu scolaire.

Il est soumis à l'approbation du secteur sanitaire compétent.

2- DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE.

Les activités préventives, curatives pour la santé de l'ensemble des U.D.S implantées dans le secteur sanitaire et les établissements scolaires qu'il couvre doivent être complémentaires et organisées de telle façon qu'elles couvrent toute la population scolarisée du secteur.

A cet effet, le coordinateur de la santé scolaire du secteur sanitaire veille, en concertation avec les médecins de santé scolaire, les inspecteurs de l'éducation et les Directeurs d'établissements à l'évaluation des programmes annuels d'activités.

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaire sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire.

Ils s'effectuent conformément aux dispositions de la circulaire Interministérielle n° 495 /CIM/MS du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

3- L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE :

Les activités éducatives pour la santé en milieu constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire et des enseignants.

Aussi elles doivent être organisées de façon à ne plus se limiter à des campagnes ponctuelles de célébration de journées mondiales ou nationales de prévention et de lutte contre certains fléaux.

Outre le programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement, le médecin de l'U.D.S peut établir un programme d'éducation sanitaire complémentaire conjointement avec les Directeurs d'établissements et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalant à l'échelle locale.

4- COORDINATION DES ACTIVITES :

La coordination est un élément indispensable pour le bon fonctionnement et le déroulement dans des conditions optimales des activités de santé scolaire.

Elle doit aboutir à une co-gestion effective de la santé scolaire impliquant les services de santé, les services de l'éducation, les communes et les associations des parents d'élèves.

Aussi est-il indispensable de relancer le fonctionnement des comités de coordinations prévus par la circulaire interministérielle n° 175 MS/CAB/MIN du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire, à savoir :

- le conseil de santé de l'école
- le comité de santé scolaire communal
- le comité de santé scolaire du secteur sanitaire
- le comité de santé scolaire de la wilaya.

Nous attachons une importance particulière à la mise en place effective de ce dispositif, dont les Directeurs de la Santé et de la Population Sociale et les Directeurs de l'Education Nationale doivent nous faire rapport à l'échéance du mois de Septembre 1995.

ANNEXE III : Instruction interministérielle n°144 du 24 mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une UDS de santé scolaire.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION
N° 144/MSP/S6 du 24 mars 1997

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 144 DU 24 MARS 1997 PORTANT NORMALISATION
DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS D'UNE UNITE DE DEPISTAGE ET DE SUIVI DE SANTE SCOLAIRE**

Le fonctionnement optimal des unités de dépistage et de suivi de santé scolaire requiert l'affectation à ces unités de locaux, de mobilier, de matériel médical et d'instrumentation qui doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

1- Locaux :

Locaux	Nombre	Surface	Aménagement
Cabinet médical	1	12m ²	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo
Vestiaires	2	2x2m ²	Chauffé et ayant un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente.
Salle paramédicale	1	15m ²	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un évier.
Salle d'attente	1	25m ²	Bien aérée, chauffé et ayant accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée
Blocs sanitaires	2	2x6m ²	Comprenant chacun 2 W-C et un lavabo et donnant accès vers le hall
Hall d'entrée	1	6m ²	A munir de double portes d'accès Vers la porte et vers la salle d'attente
Cabinet dentaire	1	15m ²	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée

* : cabinet dentaire pour les U.D.S qui doivent en disposer.

2- Mobilier, matériel et instrumentation médicaux :

2.1 Cabinet médical :

2.1.1. Mobilier :

- Bureau	(2)
- Chaise	(4)
- Paravent	(1)
- Classeur métallique	(1)
- Portemanteaux	(4)
- Banc	(2)
- Tabouret à vis hauteur variable	(2)
- Guéridon roulant	(1)
- armoire métallique	(1)

2.1.2. Matériel médical :

- Pèse – personne	(1)
- Table d'examen	(1)
- Toise	(1)
- Echelle optométrique	(1)
- Armoire vitrée à pharmacie	(1)
- Poupine P.M	(1)
- Escabeau à 2 marches	(1)
- Sceau à pédale	(2)
- Thermomètre	(2)

2.1.3. Instrumentation :

- Tensiomètre pour adulte	(1)
- Tensiomètre pour enfant	(1)
- Stéthoscope	(1)
- Otoscope	(1)
- Marteau à réflexe	(1)
- Spéculum nasal	(1)
- Boîte à instruments P.M	(1)
- Ciseaux droits	(1)
- Pinces à griffes	(2)
- Pinces sans griffes	(2)
- Tambour	(2)
- Haricot	(2)
- Abaisse-langue métallique	(2)
- Flacon pissette en plastique	(2)

2.2. Cabinet Dentaire :

2.2.1. Mobilier :

- Bureau	(1)
- Chaise	(2)
- Classeur métallique	(1)
- Armoire vitrée	(1)
- Sceau à pédale	(1)

2.2.2. Matériel :

- Fauteuil dentaire	(1)
- Unit dentaire	(1)
- Compresseur d'air	(1)
- Lampe dentaire (éclairage)	(1)
- Stérilisateur	(1)
- Siège opérateur	(1)
- Meuble dentaire (instruments)	(1)
- Radio dentaire	(1)

2.2.3. Instrumentation :

Daviers

* Daviers supérieurs :	- Davier pour incisive du haut	(2)
	- Davier pour canine du haut	(2)
	- Davier pour prémolaire du haut	(2)
	- Davier pour molaire du haut (2)	
	(denture permanente)	
	- Davier pour molaire du haut	(2)
	- Davier à racines	(1)
* Daviers inférieurs :	- Davier pour incisive du bas	(2)
	- Davier pour canine du bas	(2)
	- Davier pour prémolaire du bas	(2)
	- Davier pour molaire du bas	(2)

		(denture permanente)	
		- Davier pour molaire du bas (2)	
		- Davier à racines	(1)
Syndesmotomes :	- syndesmotome droit	(2)	
	- syndesmotome coudé	(2)	
Élévateurs :	- élévateur de Bernard	(1)	
	- élévateur droit	(2)	
	- élévateur américain droit	(1)	
	- élévateur américain gauche	(1)	
Miroir		(5)	
Excavateur		(2)	
Sonde		(3)	
Precele		(3)	
Plateau en inox		(3)	
Boîte de pulpectomie		(1)	
Seringue métallique		(1)	
Fraise pour turbine :	- boule	(1)	(1 boîte)
	- cylindrique		(1 boîte)
	- conique	(1)	(1 boîte)
Amalgamateur		(1)	
Pistolet à amalgame		(1)	
Matrice		(1)	
Porte-matrice		(1)	
Spatule à bouche		(1)	
Brunissoir		(1)	
Fouloir		(1)	
Plaque en verre		(1)	
Tambour		(2)	

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DES ACTIONS SANITAIRES SPECIFIQUES

**PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE
EN MILIEU SCOLAIRE**



Avec la collaboration du Bureau de Liaison de l'OMS

Mai 2001

Sommaire

Chapitre 1 : DESCRIPTIF DU PROGRAMME

I- INTRODUCTION II- CONTEXTE

III- MOTIVATIONS

1- Situation actuelle

2- problématique

3- Quel programme prophylactique choisir ?

IV- OBJECTIFS DU PROGRAMME 0

1- Objectifs de santé

2- Objectifs d'éducation sanitaire

V- POPULATION CIBLE 0

VI- STRATEGIE 0

- 1- Prévention primaire
- 2- Prévention secondaire

VII- MOYENS 0

- 1- Moyens humains
- 2- Moyens matériels

VIII- EVALUATION 0

- 1- Des résultats
- 2- Des moyens et activités
- 3- De la population cible

Chapitre 2 : STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

I- ORGANISATION PRATIQUE

II- PREVENTION PRIMAIRE

- 1- Activités
- 2- Moyens

III- PREVENTION SECONDAIRE

- 1- Activités
- 2- Moyens

IV- PROGRAMMATION

- 1- Prévention primaire
- 2- Prévention secondaire

V- SYSTEME D'INFORMATION

ANNEXES

- FICHES TECHNIQUES

Fiche technique du programme

Fiche technique n° 1 : Protocole de codification

Fiche technique n° 2 : Education sanitaire

Fiche technique n° 3 : Méthodes interceptives

Fiche technique n° 4 : Calcul de l'indice C.A.O.

EXEMPLE DE FICHES TECHNIQUES D'EDUCATION SANITAIRE BUCCO-DENTAIRE

Fiche technique pour 1^{ère} et 2^{ème} année fondamentale (6-7 ans)

Fiche technique pour 4^{ème} année fondamentale (9 ans)

Fiche technique pour 7^{ème} année fondamentale (12 ans)

Fiche technique pour 1^{ère} année secondaire (15 ans)

DOCUMENTS PORTANT SYSTEME D'INFORMATION

Fiche de santé bucco-dentaire

Fiche de liaison

Fiches d'évaluations de
dépistage

Fiche 1

Fiche 2

Fiche 3

Fiche 4

Fiches d'évaluation de la
prise en charge

Fiche 1

Fiche 2

Fiche 3

Organigramme

TEXTES REGLEMENTAIRES

Circulaire Interministérielle du 07 Mai 2001 relative au programme national
de santé Bucco- Dentaire en Milieu Scolaire

Instruction Ministerielle relative au programme national

Liste des abréviations

DESCRIPTIF DU PROGRAMME

I- INTRODUCTION

Depuis l'indépendance à nos jours, les efforts déployés par les pouvoirs publiques pour la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population étaient axés essentiellement sur la formation de chirurgiens-dentistes et la création de centres curatifs.

Devant l'échec de cette approche, une nouvelle orientation dans la politique de santé bucco-dentaire basée sur l'odontologie préventive s'impose.

Cet état de fait n'est pas propre à l'Algérie puisque, partout dans le monde, l'expérience a prouvé que quelque soit le système de santé d'un pays quelque soit le niveau socio-économique de la société, un programme de soins non accompagné d'un programme de prévention n'a jamais permis de résoudre le problème de santé bucco-dentaire.

II-CONTEXTE

1. Combattre le fléau cariogène a été défini comme l'une des priorités nationales lors des différents séminaires relatifs aux objectifs spécifiques de la santé scolaire.
2. Pour tous les problèmes de santé prioritaires qui ont été dégagés (parmi lesquels les affections liées à l'hygiène bucco-dentaire), une nouvelle approche par programme est préconisée.

Il a donc été décidé d'inclure dans le programme national de santé scolaire, un « sous-programme de santé bucco-dentaire » basé sur la promotion du brossage des dents qui sera érigé en " Programme National de Santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire ".

III- MOTIVATIONS POUR UN PROGRAMME DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

1- Situation actuelle : ampleur du problème

De 1994 à 2000 les bilans effectués à partir du support du programme de santé scolaire font ressortir le constat suivant :

1. La carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire

La prévalence est de 37 à 40 % encore que ce chiffre est bien en deçà de la réalité puisque les consultations de dépistage effectuées dans le cadre du programme de santé scolaire ne se font pas dans les conditions optimales.

En effet différentes enquêtes épidémiologiques réalisées par des confrères à l'échelle d'un établissement scolaire ou d'une localité confirment cette sous-évaluation. Pour exemple, une enquête menée en 1995 par une équipe de l'unité de pédodontie du service de stomatologie du C.H.U. Mustapha au niveau d'une école à Alger centre donne les résultats suivants : prévalence carieuse de 96,15 % chez les garçons et de 91,66 chez les filles.

De même, l'enquête épidémiologique menée dans le cadre du programme pilote d'éducation sanitaire bucco-dentaire mis en place par le Ministère de la Santé et de la Population avec la collaboration de l'O.M.S révèle que pour 6000 élèves (répartis sur 08 localités de différentes régions du pays : El-Kala, Annaba, Khemisti, El-Khroub, El-Oued, El-Biar, Staoueli, Oran, Ghriss) dans la tranche d'âge " 6-8 ans " la prévalence carieuse est de 67 % :

2. Il existe une grande carence dans la prise en charge

Seulement 20 à 22 % des enfants orientés pour soins de carie ou de malposition dentaire sont pris en charge.

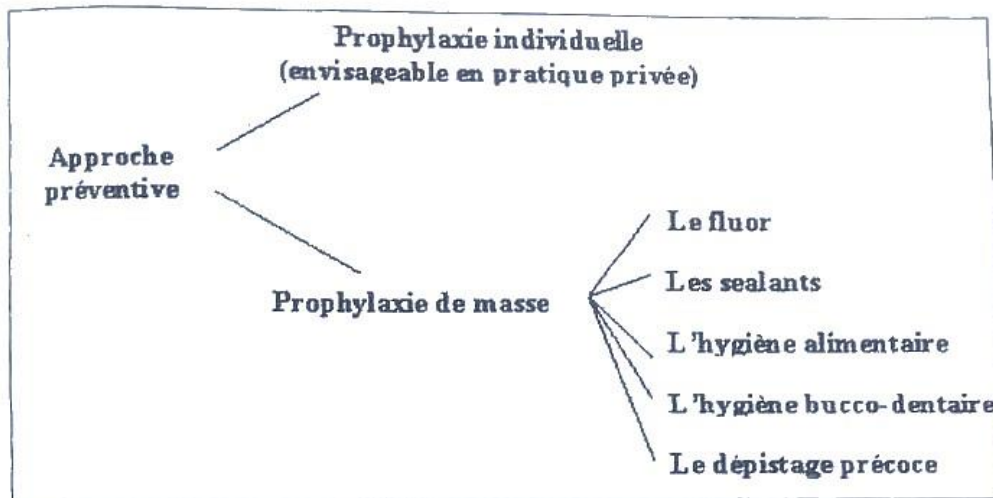
La situation n'a pas évolué d'une année à l'autre puisqu'aucune stratégie de lutte contre les pathologies bucco-dentaires n'est actuellement mise en place à l'échelle nationale.

2- Problématique

1. Morbidité carieuse importante
2. Mauvaises habitudes alimentaires
3. Mauvaise hygiène bucco-dentaire
4. Manque d'information (quand à l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire)
5. Soins curatifs rares, tardifs donc trop coûteux et douloureux

3- Quel programme prophylactique choisir

Les pathologies bucco-dentaires les plus courantes sont : la carie et la gingivopathie.



1. Le fluor

Bien que l'effet préventif du fluor sur la carie dentaire n'est plus à démontrer, son utilisation par voie endogène ne doit se faire qu'après un bilan fluoré de l'apport quotidien de fluor par l'eau et l'alimentation.

Il ne pourra donc s'agir que de programmes de fluoration de masse locaux ou régionaux sur la base d'informations épidémiologiques précises tant sur le plan de l'état bucco-dentaire de la population que de la concentration en fluor des réserves d'eau potable. Sa prescription doit faire l'objet d'une réglementation.

- Il va de soi que les zones endémiques de fluorose ne peuvent être concernées par un tel programme.

2. Les Sealants (ou scellement préventif des sillons)

Sachant qu'il s'agirait de sceller au composite ou au verre ionomère au moins 8 molaires et prémolaires de chacun des 7 millions d'élèves, soit 56 millions de poses de sealant, il faut bien évaluer les moyens humains et matériels à mettre en oeuvre avant d'entamer une opération d'une telle envergure.

3. L'hygiène bucco-dentaire

Elle fait partie de l'hygiène corporelle de l'enfant, et au même titre, on doit induire chez lui un changement de comportement : l'enfant doit acquérir un comportement sain vis à vis de sa santé bucco-dentaire comme pour le reste du corps et ce, par l'apprentissage correct et régulier du brossage dentaire.

4. L'hygiène alimentaire

Elle consiste à corriger les mauvaises habitudes alimentaires et à développer des conseils visant à écarter les aliments les plus cariogènes tout en favorisant une alimentation équilibrée.

5. Le dépistage précoce

La carie du premier degré ne peut être détectée que par le chirurgien-dentiste. C'est à ce stade qu'il faut intervenir car le traitement est indolore et beaucoup moins coûteux.
A la lumière de ces données, il apparaît qu'un programme d'éducation sanitaire bucco-dentaire axé sur : l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire, et le dépistage précoce est le plus indiqué.

Il est plus facilement réalisable et surtout, c'est la base de tout autre programme prophylactique.

IV- OBJECTIFS

1- Objectifs de santé

1. Réduire la prévalence carieuse chez l'enfant scolarisé de 20 à 25 % en cinq ans
2. Réduire la prévalence parodontale chez l'enfant scolarisé de 50 % en deux ans

2- Objectifs d'éducation sanitaire

L'enfant doit :

1. Connaître l'intérêt d'une dentition saine et les facteurs déclenchants de la carie et la parodontopathie
2. Se brosser correctement les dents au moins 2 fois/jour
3. Corriger son comportement alimentaire notamment vis-à-vis des hydrates de carbone
4. Soigner la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation

V- POPULATION CIBLE

Enfants scolarisés dans l'enseignement fondamental. Les classes cibles choisies sont :

1. 1^{ère} A.F. - 2^{ème} A.F. - 4^{ème} A.F. - 7^{ème} A.F. et 1^{ère} A.S. correspondant respectivement aux âges suivants : 6 ans, 7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans.

VI- STRATEGIE

La prévention primaire par un programme d'éducation sanitaire bucco-dentaire destiné à la population scolaire du cycle fondamental, pour la promotion du brossage des dents et de l'hygiène alimentaire et la prévention secondaire limitée aux soins des caries du premier et second degré avec une surveillance particulière de la dent de six ans.

1- La prévention primaire

La prévention primaire est l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie.

Concernant les pathologies bucco-dentaires, si l'élimination de la plaque dentaire par un brossage correct et régulier (en dehors de causes locales et de certaines maladies générales) suffit à éliminer une gingivite, la carie dentaire ne peut être totalement éradiquée.

Cependant la combinaison des mesures prophylactiques précédemment citées peuvent réduire la carie dentaire de 50 à 90 %.

2- La prévention secondaire

La prévention secondaire est l'interception d'une affection, en l'occurrence :

Intercepter la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation.

Elle nécessite au delà du dépistage d'une maladie comme en médecine, des méthodes interceptives d'odontologie qui ne peuvent être réalisées que par un chirurgien-dentiste.

Cette phase interceptive s'arrête au traitement conservateur de l'amélopathie (carie du premier) et de la dentinopathie (carie du second degré).

VII- MOYENS

1- Moyens humains

1. Un comité chargé de la planification des activités du programme et de son suivi à l'échelle nationale.
2. Les différents comités de coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire institués par la circulaire interministérielle N°175 du 27.12.89 auxquels sera intégré un chirurgien-dentiste (organigramme en annexe).
3. Les chirurgiens-dentistes de santé publique dont ceux de santé scolaire
4. Le personnel de l'éducation nationale
5. Les associations de parents d'élèves
6. Les collectivités locales
- 7.

2- Moyens matériels

8. Infrastructures : établissements scolaires et U.D.S.
9. Equipement et matériel dentaire
10. Produits consommables pour traitement conservateur des caries du 1^{er} et 2nd degré
11. Brosses à dents et dentifrice
12. Révélateur de plaque
13. Supports didactiques et d'information : affiches et dépliants, matériel pour la démonstration du brossage dentaire (maxillaires et brosse à dents géants), matériel audiovisuel (films, diapositives, C.D.-ROM ...).
14. Documents portant système d'information : Fiche de santé bucco-dentaire de l'élève, fiche de liaison , registre quotidien du cabinet dentaire, et fiches d'évaluation du dépistage et de la prise en charge (jointes en annexe).

VIII- EVALUATION

1- Des résultats

1-1. Evaluation clinique :

15. En comparant les paramètres cliniques des élèves de 1^{ère} A.S. ayant subi le programme depuis la 1^{ère} A.F. (soit après 12 ans d'application du programme) avec ceux des 1^{ère} A.S. avant le programme ainsi que les paramètres cliniques des élèves de 4^{ème} et 7^{ème} A.F. ayant subi le programme depuis la 1^{ère} A.F. (par des évaluations intermédiaires) avec ceux des 4^{èmes} et 7^{èmes} A.F. avant le programme.

1-2. Evaluation de la prévention primaire :

16. En mesurant l'impact de l'éducation sanitaire quand à l'acquisition du réflexe du brossage biquotidien et la qualité du brossage dentaire (par l'utilisation du révélateur de plaque).
17. En comparant le nombre de visites spontanées pour un dépistage avant et après le programme à tous les âges cibles.

2- Des moyens et activités

Afin de procéder au réajustement nécessaire chaque secteur sanitaire doit procéder annuellement à l'évaluation des moyens humains et matériels mis à la disposition du programme ainsi que les activités des chirurgiens-dentistes chargés de ce programme.

3- De la population cible

Chaque année le taux de couverture de la population cible de ce programme devra être calculé.

STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

La santé bucco-dentaire passe par des gencives saines, des dents saines et insensibles aux variations thermiques et chimique, éventuellement bien alignées, dans une bouche où le brossage dentaire est instauré au moins deux fois par jour. Les affections les plus fréquentes sont la carie et les gingivopathies.

Il existe d'autres affections bucco-dentaires mais moins courantes dont les anomalies dento-faciales.

Le programme établi concerne l'ensemble des chirurgiens-dentistes de santé publique (généralistes et spécialistes). Il s'adresse en premier lieu aux chirurgiens-dentistes de santé scolaire.

1. Les chirurgiens-dentistes affectés dans les U.D.S. dotées d'un cabinet dentaire correctement équipé prendront en charge tous les volets du programme (dépistage, prévention primaire et prévention secondaire)
2. Les chirurgiens-dentistes affectés dans des U.D.S sans équipement dentaire prendront en charge le dépistage et la prévention primaire. Les autres chirurgiens-dentistes du secteur sanitaire auront à charge la prévention secondaire.
3. Dans les U.D.S sans chirurgien-dentiste et là où il n'y a pas du tout d'U.D.S, tous les chirurgiens-dentistes des structures de base (centres de santé et polyclinique) sont concernés par l'application du programme.
4. Dans les secteurs sanitaires où il y a un seul chirurgien-dentiste par fauteuil, celui-ci se réservera la charge de la prévention secondaire et, si les moyens humains le permettent, le personnel paramédical préalablement formé pourra sous la direction du chirurgien-dentiste prendre en charge l'éducation sanitaire.

I- ORGANISATION PRATIQUE

1. Evaluer les ressources et les besoins en moyens humains et matériels pour l'ensemble de la population cible du secteur sanitaire.
2. Organiser des formations des personnels concernés pour la mise en application du programme à l'échelle de la Wilaya et /ou du secteur sanitaire.

3. Organiser des séances de coordination entre les chirurgiens-dentistes de santé scolaire, les chirurgiens-dentistes des structures de base concernés par ce programme et les médecins-chefs de sous-secteur.
4. Organiser des réunions de coordination intersectorielles (éducation-santé) par circonscription pédagogique et/ou par établissement scolaire afin d'établir conjointement un calendrier des activités du programme pour l'année scolaire en cours et définir les tâches de chaque intervenant.

II- PREVENTION PRIMAIRE

Elle est axée sur le dépistage précoce et l'éducation sanitaire pour la promotion du brossage des dents et de l'hygiène alimentaire (qui se fera dans les établissements scolaires).

On doit dépister dès l'âge de six ans toute affection mineure (carie et gingivite) pour une prise en charge précoce ainsi que toute autre affection.

1- Activités :

1-1. Le dépistage :

1. Il a pour objectifs de :

1. Connaître avec précision l'état de santé bucco-dentaire de la population scolaire
2. Evaluer la thérapeutique préventive par rapport à la curative en matière de santé bucco-dentaire.
3. Etablir un état de référence par rapport auquel sera évalué le programme

1. Il doit se faire dans le cabinet dentaire de l'U.D.S. ou dans un local adéquat dégagé à cet effet.
2. Il doit se faire selon un protocole opératoire préalablement défini (fiche technique n° 1 jointe en annexe) et être suivi si besoin est d'une orientation vers un cabinet dentaire pour une prise en charge.

Toutes les données doivent être correctement consignées sur la fiche bucco-dentaire de l'élève

1-2. L'éducation sanitaire de l'enfant et de son environnement

3. Elle a pour objectif :

1. d'instaurer chez l'enfant le réflexe biquotidien d'un brossage dentaire techniquement correct.
1. Des notions d'éducation sanitaire bucco-dentaire doivent être dispensées aux élèves par le chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant, avec notamment des séances d'apprentissage du brossage dentaire dans les écoles selon une méthodologie et une périodicité préalablement définies (fiche technique n°2 et exemples de fiches techniques jointes en annexe).
2. Il faut étendre l'information et la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire à tout l'environnement de l'enfant par le biais de la communication sociale avec notamment l'implication obligatoire des associations de parents d'élèves.
3. Il faut introduire l'éducation sanitaire dans les programmes pédagogiques de l'enseignement fondamental.

2- Moyens

2-1. Moyens humains :

1. Les chirurgiens-dentistes de santé publique (en premier lieu les chirurgiens-dentistes de santé scolaire)
2. Les enseignants
3. Le milieu familial (qui devra être sensibilisé par le biais des associations de parents d'élèves au sein des établissements scolaires avec l'aide des chirurgiens-dentistes ainsi que par les médias).
4. Tout autre personnel médical ou paramédical là où il n'y a pas du tout ou pas assez de chirurgiens-dentistes.

2-2. Moyens matériels :

5. Infrastructure : salles d'enseignement (salle de classe par exemple)
6. Matériel de dépistage stérile : plateau de consultation dentaire avec sonde et miroir à défaut, des abaisses langues jetables
7. Bonne source lumineuse ou lampe diagnostic, à défaut une lampe de poche
8. Brosses à dents et dentifrice
9. Matériel didactique; il est souhaitable d'utiliser du matériel audio-visuel pour augmenter l'intérêt de l'enfant
10. Supports d'évaluation : fiche de santé bucco-dentaire de l'élève, fiche de liaison et fiche d'évaluation du dépistage.

III- PREVENTION SECONDAIRE

Elle doit se faire dans toutes les U.D.S. équipées de fauteuil dentaire et tous les cabinets dentaires du secteur sanitaire désignés pour prendre en charge les élèves orientés dans le cadre de ce programme (voir circulaire jointe en annexe).

Pour une application correcte de la prévention secondaire de ce programme, il est souhaitable que chaque U.D.S soit dotée d'un équipement dentaire complet.

Aussi, en attendant que chaque U.D.S soit correctement équipée, toutes les structures de santé publique disposant d'un cabinet dentaire fonctionnel doivent réserver une à deux journées par semaine pour les enfants scolarisés.

1- Activités

1. Une consultation au fauteuil dentaire

Au cours de laquelle un dépistage systématique doit parfaire celui fait au cours de la prévention primaire. Il doit se faire en fonction de la fiche de liaison de l'élève.

2. Traitement conservateur

Après le diagnostic, un plan de traitement doit être établi et les soins de carie du premier 1er et second degré doivent être entrepris selon les méthodes interceptives (fiche technique n° 3 jointe en annexe).

3. Le suivi

Le chirurgien-dentiste qui prend en charge l'enfant pour les soins conservateurs doit traiter toutes les dents cariées (1^{er} et 2nd degrés) du patient même si celui-ci passe dans une classe intercalaire

2- Moyens

2-1. Moyens humains

- Chirurgiens-dentistes de santé publique, parapublique et privés

2-2. Moyens matériels

1. Infrastructure et équipement dentaire : toutes les structures sanitaires dotées d'un fauteuil dentaire fonctionnel (U.D.S., centres de santé, polycliniques, hôpitaux) et les cabinets dentaires parapublics et privés.
2. Produits consommables et matériel dentaires : instrumentation pour dépistage, matériaux de reconstitution (ciments, composite et amalgame), et droguerie (alcool, eugénol, oxyde de zinc).
3. Supports d'évaluation : registre quotidien et fiche d'évaluation de la prise en charge.

IV - PROGRAMMATION

1- Prévention primaire

Le nombre de classes par jour à dépister doit être fixé au cours des réunions de coordination en fonction de l'effectif des chirurgiens-dentistes de santé scolaire (ou autres le cas échéant), sur la base d'une classe par jour par chirurgien-dentiste.

Une heure doit être réservée au remplissage des fiches statistiques pour chaque classe, et une heure pour l'ensemble des établissements effectués.

Pour la séance théorique d'éducation sanitaire, chaque chirurgien-dentiste pourra prendre en charge deux à trois classes par jour.

Pour les séances pratiques du brossage dentaire, il pourra prendre deux à trois classes par jour.

Ainsi, pour chaque secteur sanitaire, le taux de couverture de ce programme sera fonction des moyens humains dont il dispose ; et, là où les moyens le permettent, les classes intercalaires (notamment la 3^{ème} A.F.) seront prises en charge pour une consolidation de l'éducation sanitaire.

Les chirurgiens-dentistes devront en outre programmer chaque année des journées d'information et de sensibilisation pour la promotion de la santé bucco-dentaire en direction de tout l'environnement de l'enfant (parents d'élèves, personnel de l'établissement scolaire et grand public).

2- Prévention secondaire

4. Pour calculer le nombre de patients par chirurgien-dentiste et par fauteuil dentaire, il faut compter 15 à 30 minutes pour un soin.
5. Horaires :
 - o Tous les jours de 8 H à 16 H 30 dans les U.D.S. équipées de fauteuil dentaire

- o Une à deux demi-journées par semaine (les lundis et jeudis après midi éventuellement), et pendant les vacances scolaires tous les après midis dans les cabinets dentaires des autres structures sanitaires.

Le reste du temps chaque secteur doit s'organiser en fonction de sa propre spécificité.

V- SYSTEME D'INFORMATION

Il comporte :

3. La fiche de santé bucco-dentaire qui doit être intégrée au dossier médico-scolaire de l'élève. Ce dernier devra donc en comporter cinq (autant que de classes cibles).
4. La fiche de liaison qui sert à orienter l'enfant vers un cabinet dentaire désigné pour la prise en charge et qui doit retourner au chirurgien-dentiste qui a effectué le dépistage (fiche navette jointe en annexe).
5. Les fiches d'évaluation : fiche d'évaluation du dépistage et fiche d'évaluation de la prise en charge (jointes en annexe).
6. Le réseau d'information et de rétro-information (organigramme joint en annexe)

Pour des commodités pratiques l'outil d'évaluation doit suivre parallèlement le programme. Pour cela :

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit remplir chaque trimestre les fiches d'évaluation du sous-secteur, de l'U.D.S. ou de l'ensemble des classes effectuées et la transmettre au chirurgien-dentiste coordinateur du programme au niveau du secteur sanitaire.

Celui ci doit établir les fiches d'évaluation récapitulatives de son secteur en totalisant les fiches statistiques qu'il a reçu et la transmettre à la Direction de la Santé et de la Population de sa Wilaya.

La Direction de la Santé et de la Population de chaque Wilaya doit établir ses fiches récapitulatives en totalisant les fiches d'évaluation des secteurs sanitaires et les transmettre au Ministère de la Santé et de la Population.

A tous les niveaux, (sous-secteur, secteur sanitaire, et D.S.P.), l'indice C.A.O. pour les différentes tranches d'âge peut être calculé conformément à la fiche technique n° 4 (jointe en annexe).

ANNEXE V : Circulaire interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DU 07 MAI 2001 RELATIVE AU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Walis
Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.
Messieurs les Directeurs de l'Education de Wilaya.

Références :

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.
Circulaire interministérielle n° 175 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
Circulaire interministérielle n° 176 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de santé scolaire.
Circulaire interministérielle n° 1 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.
Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.
Instruction interministérielle n° 2 du 27 Avril 1995 relative aux modalités de création de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires.
Instruction interministérielle n° 144 du 24 Mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une U.D.S de santé scolaire.

L'évaluation du programme de santé scolaire atteste que la carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une stratégie de lutte contre cette pathologie qui peut être à l'origine de pathologies systémiques beaucoup plus graves.

Trois mesures prophylactiques essentielles protègent des pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées (la carie et la gingivopathie) :

Une hygiène bucco-dentaire correcte et rigoureuse.
Un comportement sain vis à vis des hydrates de carbone.
Une visite de dépistage systématique tous les six mois.

Le Ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale a décidé de mettre en place un programme axé sur l'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Ainsi, un programme de « Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire » a été élaboré.
Ce programme fixe les objectifs, la stratégie de mise en œuvre et le mode d'évaluation.

Dispositions générales :

Le programme National de Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire est dirigé et évalué à l'échelle de la Wilaya par la Direction de la Santé et de la Population.

Il est dirigé, coordonné et évalué à l'échelle du secteur sanitaire par un chirurgien-dentiste positionné au niveau du service d'épidémiologie et de médecine préventive et désigné comme chirurgien-dentiste coordinateur de santé scolaire.

Il est dirigé et coordonné à l'échelle du sous-secteur par un chirurgien-dentiste de santé scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur du sous secteur.

Il est exécuté par un chirurgien-dentiste de santé scolaire ou tout autre chirurgien-dentiste de santé publique.

Le Programme National de Santé bucco-dentaire est axé sur :

Essentiellement l'éducation sanitaire avec notamment l'apprentissage du brossage dentaire dans les établissements scolaires

Pour atteindre cet objet les moyens suivants sont nécessaires :

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire peut prendre en charge ses patients au niveau de ce cabinet.

U.D.S sans chirurgien-dentiste ni équipement dentaire :

Tous les chirurgiens-dentistes du sous secteur sont concernés par ce programme.

Ils doivent assurer à temps partiel l'éducation sanitaire, le dépistage et le traitement conservateur.

Chaque cabinet dentaire du sous-secteur doit réserver une à deux demi-journées pour la prise en charge des enfants orientés dont le lundi après midi et, pendant les vacances scolaires tous les après-midi.

2.2- Le Dépistage

Il doit se faire par un chirurgien-dentiste dans le local désigné à cet effet et avec un plateau de consultation contenant sonde et miroir.

L'enseignant participe à la visite de dépistage

Il signale certains problèmes de santé de l'élève et remet les convocations pour le suivi.

2.3- L'Education Sanitaire

Elle se fait en salle de classe, par un chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant.

Celui ci doit être formé à cet effet dans le cadre du programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement fondamental et / ou sous forme de formation continue dans le cadre des journées pédagogiques.

L'enseignant doit aussi prendre le relais du chirurgien-dentiste pour assurer les séances de brossage.

En absence de chirurgien-dentiste, le personnel paramédical peut assurer pour l'éducation sanitaire.

Pour cela, il doit être préalablement formé à l'éducation sanitaire (notamment bucco-dentaire) dans le cadre de la formation continue.

2.4- Le Suivi :

Le suivi consiste à :

Infrastructures : sanitaires avec eau courante et miroirs au dessus des lavabos.

Moyens matériels : brosses à dents et dentifrice fluoré.

Dans les zones endémiques de fluorose à savoir : El Oued, Tougourt, Biskra, Timimoun, Ouargla et Ghardaïa le dentifrice ne doit pas contenir du fluor.

Une consultation de prévention pour un dépistage précoce.

Elle doit se faire dans un cabinet dentaire, à défaut dans un local adéquat désigné à cet effet, ou bien le cas échéant, dans le cabinet médical.

le traitement conservateur des caries du 1^{er} degré (amélopathies) et les Caries du second degré (dentinopathies).

Les autres stades de carie doivent être pris en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme.

1.3- Les classes cibles sont les suivants :

Première Année Fondamentale (1^{ère} AF), deuxième année fondamentale (2^{ème} AF), quatrième année fondamentale (4^{ème} AF), septième année fondamentale (7^{ème} AF) et première année secondaire (1^{ère} AS).

Activités de dépistage, d'éducation sanitaire et de suivi

2.1- Le Programme National de Santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire concerne tous les chirurgiens-dentistes de santé publique mais en premier lieu, les chirurgiens-dentistes de santé scolaire et doit être exécuté comme suit :

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste et équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste doit assurer le dépistage, l'éducation sanitaire et le traitement conservateur.

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste mais sans équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste de l'U.D.S doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire.

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après-midi, pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire exerçant dans l'UDS peut prendre en charges ses patients au niveau de ce cabinet.

Dans le cas où il n'y a pas d'U.D.S

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire

dispenser le traitement médical des gingivopathies et toute autre pathologie buccale dépistée ainsi que le traitement conservateur des caries du 1^{er} et second degré contrôler la prise en charge des enfants orientés vers les cabinets du sous secteur désignés à cet effet.

Les enfants doivent se présenter aux cabinets dentaires accompagnés de leurs parents.

Coordination intersectorielle

3.1- les inspecteurs de la circonscription, les chefs d'établissements, les enseignants doivent collaborer avec les chirurgiens-dentistes aux activités de sensibilisation et d'information en direction de la population générale (journées « porte ouvertes » conférences-débats, réunions avec les associations des parents d'élèves ...)

3.2- pour assurer les séances de brossage dans de bonnes conditions, les sanitaires des établissements scolaires doivent être équipés de réserves d'eau et des miroirs doivent être installés au dessus des lavabos.

3.3- Le transport des élèves et enseignants vers l'U.D.S et du chirurgien-dentiste vers les écoles doit être assuré par les collectivités locales (A P C)

Evaluation

Le Ministère de la Santé et de la Population qui assure le suivi et l'évaluation de ce programme doit recevoir régulièrement les supports d'évaluation trimestriels et annuels de toutes les Wilayas.

Nous attachons une attention particulière à l'application des ces dispositions afin de permettre la promotion de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés.

**Le Ministre de la Santé
et de la Population**

**Le Ministre de l'Education
Nationale**

ANNEXE VI : Instruction ministérielle n°009 du 25 décembre 2004 relative au renforcement des activités du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Ministre
N° 009 /MSPRH/MIN

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 009 DU 25 DECEMBRE 2004
RELATIVE AU RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.
Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

REFERENCES

Circulaire Interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.
Circulaire Interministérielle n° 175 du 27 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
Circulaire Interministérielle n° 1 du 27 avril 1994 portant plan de réorganisation de santé scolaire
Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé Bucco-Dentaire en milieu Scolaire.
Instruction Ministérielle n° 19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire.
Instruction Ministérielle n° 116 du 21 octobre 2003 relative au fonctionnement optimal des cabinets dentaires par rentabilisation des ressources humaines et matérielles.

Dans le cadre de la consolidation du programme national de santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire, et à l'issue de l'évaluation des trois premières années de son application, il apparaît nécessaire que des dispositions soient afin d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il a été constaté que :

Les indicateurs de la santé bucco-dentaire issus du dépistage effectué dans le cadre de la consultation de prévention présentent un écart évident avec l'état clinique réel de la population cible.

En effet, si l'on compare les indices de caries à la référence OMS pour le CAO, l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés serait bon à 6 ans et 15 ans, très bon à 9 ans et 12 ans (voir bilan 2003/04) ce qui n'est pas le cas au vu des autres paramètres tels que la prévalence carieuse qui est de 63%, 56%, 43% et 44% respectivement à 6-7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans et la densité de carie calculée à partir du dépistage effectué en cabinet dentaire qui est de 2,8 caries / bouche et surtout du constat alarmant des praticiens de terrain par rapport à l'état bucco-dentaire de la population scolaire .

L'éducation sanitaire se fait sous forme de campagnes ponctuelles à l'occasion de « journées portes-ouvertes » ou seulement pendant la consultation de dépistage.

La prise en charge est très faible face à une demande en soins sans cesse croissante.

Ce sont là quelques unes des raisons pour lesquelles il apparaît nécessaire de prendre de nouvelles dispositions pour assurer l'application rigoureuse et effective du programme nationale de santé Bucco-dentaire en Milieu scolaire afin que la santé bucco-dentaire soit abordée dans le cadre général de la prise en charge sanitaire de l'enfant au même titre que toute autre maladie.

Il est vrai que la stratégie du programme est en faveur de la prévention qui commence par un brossage dentaire correct et régulier mais, même si l'accent doit être mis sur les activités d'éducation sanitaire, une approche globale doit être envisagée afin que toutes les activités du programme se déroulent selon les modalités décrites par les fiches techniques de chacune d'elles figurant dans le manuel du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

Aussi, et pour surmonter les problèmes et contraintes rencontrés, il est impératif de prendre les mesures suivantes :

Veiller au respect de l'application des instructions et circulaires relatives à la santé bucco-dentaire (Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001, Instruction Ministérielle N° 19 du 19 novembre 2002, Instruction Ministérielle N° 116 du 21 octobre 2003).

Organiser une formation de mise à niveau de tout le personnel concerné par le « Programme National de santé Bucco-dentaire en milieu scolaire » (chirurgien-dentiste scolaires et autres) et ce avec la collaboration des chirurgiens-dentistes formés par la direction des Actions Sanitaires Spécifiques pour la mise en application de ce programme.

Informé du programme toutes les personnes qui interviendront dans sa mise en application, en premier lieu les chirurgiens – dentistes mais aussi les responsables et gestionnaires à tous les niveaux du programme de santé scolaire afin d'installer une bonne coordination intra sectorielle.

Améliorer les conditions de la consultation systématique de dépistage afin que l'appréciation clinique soit traduite en paramètres bucco-dentaires le plus rigoureusement possible et selon le protocole adopté par la fiche technique prévue à cet effet.

Mettre en place l'organisation nécessaire pour une prise en charge de l'enfant orienté (désignation d'un ou plusieurs cabinets dentaires fonctionnels, approvisionnement régulier en produits dentaires consommables...).

Exploiter les supports d'évaluation et, en tenant compte des autres paramètres du terrain (personnel, équipements...).

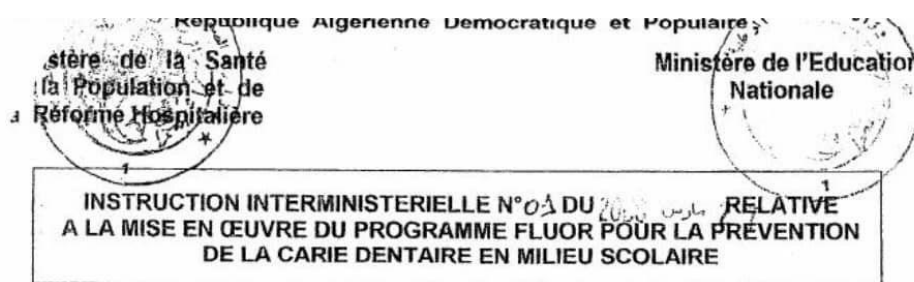
Analyser la situation et définir périodiquement les actions à mener selon les besoins du moment. Lorsque les besoins sont nombreux il faut établir des priorités (par rapports aux composants du programme) ; par exemple : si l'effectif des chirurgiens-dentistes (de santé scolaire et autres) ne permet pas de prendre en charge la totalité des classes cibles au moins pour le dépistage et le volet principal qui est l'éducation sanitaire, alors il faudra recruter du personnel ; à défaut, réduire le nombre des classes cibles en priorisant les plus jeunes enfants.

Il est à noter que le support d'évaluation de la prise en charge peut aider à évaluer le rendement d'un cabinet dentaire par rapport aux moyens mis à disposition.

Lors de l'établissement des prévisions budgétaires du secteur sanitaire, il faut associer le chirurgien – dentiste coordinateur de santé scolaire afin d'exprimer et argumenter les besoins en moyens humains et matériels pour le bon déroulement du programme à l'instar du chirurgien- dentiste coordinateur de sous secteur pour qui les besoins pour la prise en charge de la population générale peuvent être différents.

J'attache une importance particulière à l'application de la présente instruction et vous demande de bien vouloir en assurer la plus large diffusion auprès des structures concernées.

ANNEXE VII : Instruction interministérielle n°01 du 27 mars 2006 relative à la mise en œuvre du programme fluor pour la prévention de la carie dentaire en milieu scolaire.



DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas
Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Éducation des Wilayas
en communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires
Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissements scolaires

REFERENCES :

- Loi n° 85 - 05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.
- Circulaire interministérielle du 07 Mai 2001 relative au programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.
- Circulaire Interministérielle n°1 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.
- Circulaire Interministérielle n° 176 du 27 décembre 1989 relative à l'organisation et à l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
- Circulaire Interministérielle n°175 du 27 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
- Circulaire Interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

Dans le cadre de la lutte contre la carie dentaire, des actions de prévention ont été engagées par le biais du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Elles consistent en un dépistage précoce, une prise en charge des affections dépistées (soins des caries du 1^{er} et second degré) et une éducation pour la santé bucco-dentaire avec la promotion du brossage dentaire et la sensibilisation à la correction des habitudes alimentaires.

En complément de l'éducation sanitaire déjà mise en application sur le terrain, il a été décidé, sur instruction de Monsieur le Président de la République, d'intégrer au Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire, l'administration de fluorure de sodium aux élèves pour renforcer la prévention primaire de la carie dentaire.

Le fluor ingéré sous forme de comprimés pendant l'odontogénèse est destiné à s'incorporer aux cristaux d'apatite de l'émail pour former des cristaux de fluoroapatites et fluorohydroxyapatites beaucoup plus résistants à l'attaque acide.

L'utilisation du fluor est donc indiquée depuis le début de la minéralisation de la première dent de lait (3 - 4 mois) jusqu'à l'apparition de la dernière dent définitive sur l'arcade (12 ans).

Dispositions générales :

La mise en œuvre du « programme fluor » se fera par l'administration quotidienne de comprimés de fluorure de sodium et ciblera, pour l'année scolaire 2005/2006, les élèves des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} Années Primaires.

- ◆ Etant donné que l'effet protecteur du fluor n'est obtenu que s'il est ingéré quotidiennement et pendant toute la durée de formation des dents (jusqu'à l'âge de 12 ans) ce programme devra continuer dans les années à venir et intégrera à chaque nouvelle année scolaire une nouvelle année du cycle primaire.
- ◆ La supplémentation fluorée est indiquée lorsque la teneur en Fluor dans l'eau de boisson est inférieure à 0,3 mg/l.
- ◆ Les élèves des localités dont l'eau de boisson renferme une teneur en Fluor comprise entre 0,3 et 0,5 mg/l et possédant un risque carieux élevé bénéficieront également de la supplémentation fluorée.
- ◆ Les localités dont l'eau de boisson contient plus de 0,5 mg/l de Fluor ne seront pas concernées par l'application de ce programme.
- ◆ Les enfants des classes préscolaires des localités concernées et dont le poids corporel a atteint 20 kg peuvent également bénéficier de l'administration de fluorure de sodium. De même que les élèves des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} Années Primaires dont le poids corporel n'a pas encore atteint 20 kg ne seront pas concernés par la supplémentation fluorée.
- ◆ Les comprimés de fluorure de sodium mis à la disposition des secteurs sanitaires par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière seront remis gratuitement aux élèves concernés.
- ◆ Dans la mesure où les quantités de comprimés de Fluorure de Sodium mises à la disposition des secteurs sanitaires pour être remises aux élèves des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} Années Primaires ne sont pas entièrement utilisées, les quantités restantes (non utilisées) seront mises de côté pour être utilisés durant la prochaine année scolaire.

2 - Prescription des comprimés de fluorure de sodium

- ◆ L'administration des comprimés de fluor aux élèves des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} Années Primaires est conditionnée par la prescription par un chirurgien-dentiste de santé scolaire.

A défaut d'un chirurgien-dentiste de santé scolaire, cette prescription peut également être établie par un chirurgien-dentiste de santé publique.

- ◆ La supplémentation en fluor consiste en l'administration quotidienne de comprimés de 1 mg de fluorure de sodium aux élèves.
- ◆ La prescription se fera sur la base de l'évaluation du risque carieux de chaque élève au cours de la visite systématique de dépistage effectuée dans le cadre des activités du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Dans ce cas :

- si l'indice [cao+CAO] est > 2 : prescription du fluor en comprimés
- si l'indice [cao+CAO] = 2 \iff selon la cotation des autres indicateurs dans l'évaluation du risque carieux :
 - ≥ 4 : prescription du fluor en comprimés
 - < 4 : pas de prescription du fluor en comprimés
- si l'indice [cao+CAO] est ≤ 1 : pas de prescription du fluor en comprimés



3 – Suivi et évaluation

- Le rôle anti-carieux du fluor n'est plus à démontrer, son bénéfice par rapport au risque passe cependant par une administration contrôlée et un suivi rigoureux que devront assurer les chirurgiens dentistes chargés de mettre en œuvre ce programme.
- Lors des contrôles réguliers, les chirurgiens-dentistes de santé scolaire doivent surveiller de près l'apparition de fluorose dentaire (coloration ou détérioration de l'émail) qui résulterait d'un excès de fluor consécutif à des apports multiples (alimentation et comprimés).

Dans ce cas l'administration de fluorure de sodium doit être immédiatement interrompue chez le ou les élèves atteint(s) et le prescripteur devra alors procéder d'une part à une vérification de tous les apports quotidiens en fluor (eau, alimentation et comprimés) et d'autre part mentionner le nombre de nouveaux cas (incidence) de fluoroses diagnostiquées dans le support d'évaluation prévu à cet effet.

- En matière d'évaluation, les chirurgiens dentistes chargés de mettre en œuvre ce programme, sous la supervision du chirurgien dentiste coordinateur de santé scolaire, auront à préciser le nombre d'élèves ayant bénéficié de la supplémentation en fluor par rapport à l'effectif ciblé ainsi que la cotation de l'observance.

4 – Distribution des comprimés de fluorure de sodium

- Pour chaque année scolaire, les prévisions des quantités de comprimés de Fluorure de Sodium nécessaires seront établies par le chirurgien dentiste coordinateur de santé scolaire en collaboration avec le SEMEP sur la base des effectifs des classes ciblées par le programme.
- Le chirurgien-dentiste remettra gratuitement les comprimés de fluor aux parents d'élèves concernés qui se présenteront suite à une convocation qui leur aura été adressée par le Directeur de l'établissement scolaire primaire.
- La distribution des comprimés de fluorure de sodium aux parents des élèves ciblés par le programme se fera mensuellement, durant l'année scolaire 2005/2006, afin de s'assurer que les comprimés de fluorure de sodium sont correctement administrés aux enfants et de vérifier l'observance et trimestriellement durant les années scolaires suivantes.

5 – Information et sensibilisation

- Le lancement du « programme fluor » sera précédé d'une campagne nationale de communication sociale menée conjointement par le Ministère de la Santé de la Population, et de la Réforme Hospitalière et le Ministère de l'Education Nationale.
- Les chirurgiens dentistes de santé scolaire auront à organiser localement au sein des établissements scolaires, en collaboration avec les personnels de l'éducation nationale, des journées d'information et de sensibilisation autour du thème ainsi que des séances d'éducation sanitaire au profit des élèves.

Par ailleurs, à l'occasion de la remise aux parents de la quantité de comprimés de fluor nécessaire à leurs enfants, le chirurgien-dentiste informera les parents de l'intérêt de la supplémentation en fluor dans la prévention de la carie dentaire et les sensibilisera sur l'importance de leur implication dans le programme.

Nous attachons une importance particulière à la mise en œuvre et à l'évaluation de ce programme et vous demandons de nous tenir informés de toute difficulté rencontrée.

LE MINISTRE DE LA SANTE
DE LA POPULATION ET DE
LA REFORME HOSPITALIERE



LE MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE



ANNEXE VIII : Instruction interministérielle n°02 du 11 décembre 2019 relative au renforcement du programme national de santé scolaire et de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE



Le Ministre de la Santé,
de la Population et de la
Réforme Hospitalière

Le Ministre de
l'Education Nationale

Le Ministre de l'Intérieur,
des Collectivités Locales et
de l'Aménagement du
Territoire

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 11 DEC 2019 RELATIVE
AU RENFORCEMENT DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE SCOLAIRE ET
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

Destinataires	Mesdames et Messieurs les Walis.	Pour information
	Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.	Pour exécution et suivi
	En communication avec Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité.	Pour exécution
	Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education de Wilaya.	Pour exécution et suivi
	En communication avec Mesdames et Messieurs les Chefs des Etablissements Scolaires.	Pour exécution

Références :

- La loi n°18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé ;
- Les recommandations du séminaire d'évaluation du programme national de santé scolaire et buccodentaire, tenu du 04 et 05 Août 2019 à l'ENMAS.

La protection sanitaire en milieu scolaire vise à fournir à l'enfant et à l'adolescent un ensemble de prestations sur le plan préventif, curatif et éducatif, afin de leur assurer un développement harmonieux physique, mental et social.

La population en milieu scolaire, représentée par plus de 9 millions d'élèves fréquentant plus de 27 000 établissements d'éducation et d'enseignement implantés à travers tout le territoire national, nécessite une attention particulière et une action prioritaire pour la protection de la santé de cette frange de population.

Les efforts entrepris dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de santé scolaire ont certes permis d'enregistrer, dans l'ensemble, des résultats appréciables, sans pour autant atteindre pleinement les objectifs fixés dans le cas de certaines wilayas.

Pour ce, on doit intensifier les efforts en confortant l'approche intersectorielle, en mettant en place les moyens nécessaires et en améliorant les compétences exigées afin de promouvoir l'humanisation des soins et le passage vers une prise en charge qualitative devant répondre au mieux aux besoins de santé de tous les élèves scolarisés.

En conséquence, les responsables des secteurs de la santé et de l'éducation en coordination avec le secteur des collectivités locales devront conjuguer leurs efforts et veiller d'une part, au maintien des résultats acquis par les équipes de santé scolaire et d'autre part, à l'amélioration des indicateurs de santé scolaire et particulièrement dans les régions ou localités où persistent des insuffisances dans certains aspects de la prise en charge de la santé des élèves.

Les activités de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire doivent se développer dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire et intersectorielle (santé, éducation et collectivités locales) avec l'implication plus soutenue de la société civile notamment les associations des parents d'élèves.

I. OBJECTIFS A ATTEINDRE :

Les principaux objectifs fixés par la santé scolaire visent à assurer :

1- Une couverture sanitaire optimale à travers :

- Les visites médicales systématiques de dépistage pour l'ensemble des élèves concernés des classes du préscolaire et des 3 cycles d'enseignement primaire, moyen et secondaire ;
- La prise en charge médicale spécialisée des affections dépistées en milieu scolaire ;
- La vaccination des élèves des premières années primaire, moyenne et secondaire selon le calendrier national de vaccination en vigueur ;
- L'éducation et la promotion de la santé par l'organisation de campagnes impliquant tous les acteurs de la santé scolaire afin de permettre aux élèves d'acquérir les connaissances nécessaires pour l'adoption de saines habitudes de vie.

2- Des conditions favorables à la scolarité des élèves notamment en matière :

- d'aération et de climatisation de l'ensemble des locaux (classes pédagogiques, cantines, internats et sanitaires) ;
- d'hygiène de ces locaux par l'approvisionnement en eau et en produits détergents et désinfectants ;
- d'hygiène corporelle des élèves par l'approvisionnement permanent en eau courante et savon liquide ;
- d'hygiène alimentaire par le respect absolu des bonnes pratiques de restauration (santé du personnel des cantines, hygiène des mains, stockage des produits alimentaires, préparation et conservation des repas).

II - ACTIVITES A REALISER :

Les directeurs des établissements publics de santé de proximité (EPSP) en concertation avec les inspecteurs de la circonscription et les directeurs des établissements d'éducation et d'enseignement concernés et les présidents d'APC sont chargés de veiller à ce que les activités de dépistage et de suivi soient réalisées au niveau des Unités de Dépistage et de Suivi (UDS) et ce, avec le concours des coordinateurs de santé scolaire.

Les directeurs de l'éducation, les inspecteurs des circonscriptions et les directeurs des établissements d'éducation et d'enseignement se doivent de veiller à l'implication des personnels de leur secteur (inspecteurs et enseignants) dans les actions menées par les équipes de santé scolaire.

Des actions de proximité sont développées en direction des élèves des établissements d'éducation et d'enseignement des zones éparses et enclavées, en mettant en place des équipes de santé scolaire mobiles pour assurer la couverture sanitaire, dont la vaccination de l'ensemble de ces élèves. Ces actions sont assurées à l'UDS ou à défaut dans un local adéquat ou clinomobile aménagés pour la circonstance.

Le transport programmé des élèves du préscolaire et des trois cycles d'enseignement (primaire, moyen et secondaire) vers les UDS doit être assuré par les collectivités locales et doit s'effectuer avec l'accompagnement d'un enseignant ou d'un éducateur désigné par le chef de l'établissement scolaire.

A titre de rappel, il y a lieu de veiller à ce que les UDS demeurent ouvertes pendant les différentes vacances scolaires (d'automne, d'hiver, de printemps et d'été), et ce pour assurer la prise en charge et le suivi régulier des élèves.

Le coordinateur de santé scolaire doit établir un programme des activités à assurer durant les vacances scolaires et l'adresser au directeur de l'EPSP qui assure sa diffusion au niveau de l'ensemble des UDS et sa transmission aux directeurs d'établissement d'éducation et d'enseignement afin d'informer les élèves et leurs parents de ce programme .

Les convocations des élèves concernés doivent se faire avant les vacances scolaires et ce, en coordination avec les directeurs d'établissement d'éducation et d'enseignement.

Aussi, les équipes de santé scolaire devront, notamment lors de la remise des bulletins, informer les parents d'élèves de l'état de santé de leurs enfants et de l'ouverture des UDS pendant les vacances scolaires.

1- En matière de promotion de la sante générale :

1.1- Concernant la visite médicale et le dépistage :

Les visites médicales systématiques de dépistage des élèves d'établissement d'éducation et d'enseignement publics et privés agrés par l'Etat sont assurées au niveau des UDS selon un planning préétabli qui concernent:

- Les élèves du préscolaire, de la 1^{ère} année primaire, de la 1^{ère} année moyenne et de la 1^{ère} année secondaire;
- Les élèves des classes d'examens à savoir la 5^{ème} année primaire, la 4^{ème} année moyenne et la 3^{ème} année secondaire;
- Les élèves des classes intercalaires, à savoir les 2^{ème} année, 3^{ème} année et 4^{ème} année primaires, la 2^{ème} année moyenne, la 3^{ème} année moyenne, et la 2^{ème} année secondaire.

Les élèves en situation de Handicap bénéficient d'un dépistage précoce ciblé sur les affections pouvant aggraver leur état de santé.

1.2- Concernant la prise en charge médicale des affections dépistées :

Compte tenu de la nécessité d'assurer la prise en charge médicale spécialisée des élèves orientés par les équipes de santé scolaire, les directeurs des EPSP en coordination avec les établissements hospitaliers, sont tenus d'organiser des filières ou réseau de prise en charge spécialisée des affections dépistées en priorité pour les élèves atteints de :

- Troubles visuels et/ou auditifs ;
- Scoliose ;
- Reflux urinaire ;
- Maladies chroniques (dont le diabète, l'hémophilie et les maladies cardiovasculaires) ;
- Handicap et en particulier mental.

L'ensemble des actes de santé doivent être notifiés sur le dossier médico-scolaire de l'élève et sur le carnet de santé de chaque élève.

Les équipes de santé scolaire doivent déclarer aux SEMEP, les maladies à déclaration obligatoire (MDO) notamment celles à potentiel épidémique telles que la rougeole, la rubéole, la varicelle, le trachome,

1.3-Concernant la couverture sanitaire lors des examens nationaux officiels :

Le Médecin Coordinateur doit établir la liste des équipes de santé scolaire réquisitionnées et affectées aux centres d'examen ouverts par la Direction de l'Education et la transmettre à la Direction de la Santé et de la Population et au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour information.

Ces équipes sont chargées de prendre en charge les élèves qui nécessitent des soins en urgence ou un soutien psychologique au niveau de l'UDS ou à défaut dans un local dans le centre d'examen qui doit être aménagé, équipé et doté de produits pharmaceutiques (médicaments d'urgence, compresses, seringues...).

2- En matière de vaccination :

La vaccination constitue un des moyens essentiels de prévention contre des maladies infectieuses. En milieu scolaire, elle concerne essentiellement les élèves des premières années de l'enseignement primaire, moyen et secondaire

Pour l'année scolaire 2019 - 2020, la vaccination des élèves concernés sera effectuée comme suit :

2.1-Les élèves de 1ère année primaire recevront :

- Le vaccin anti rougeoleux et anti rubéoleux (RR) ou à défaut le vaccin anti rougeoleux, antirubéoleux et anti oreillons (ROR) ;
- Le vaccin antidiphtérique et anti tétanique pédiatrique (DT) « pédiatrique » ;
- Le vaccin anti poliomyélitique oral bivalent (Pob).

2.2-Les élèves de 1ère année moyenne recevront :

- Le vaccin anti diphtérique et anti tétanique adulte (dT) « adulte » ;
- Le vaccin anti poliomyélitique oral bivalent (Pob).

2.3- Les élèves de 1ère année secondaire recevront :

- Le vaccin anti diphtérique et anti tétanique adulte (dT) « adulte »

NB/ Pour les élèves retardataires ou incomplètement vaccinés des différents cycles d'enseignement (primaire, moyen, et secondaire), ils recevront les doses de vaccins non reçues avant la fin de l'année scolaire.

3- En matière de promotion de la sante mentale :

La promotion de la santé mentale en milieu scolaire doit s'intégrer pleinement dans les activités de santé scolaire en cohésion avec l'ensemble des interventions.

Le / la psychologue qui fait partie de l'équipe de santé scolaire participe au dépistage des troubles psychologiques des élèves qui engendrent souvent le manque d'adaptation et le retard scolaire.

L'orientation des enfants aux besoins spécifiques vers le psychologue de santé scolaire doit se faire par l'équipe de santé scolaire, avec le concours de l'équipe de l'établissement d'éducation et d'enseignement et des parents.

A cet effet, les directeurs des établissements d'éducation et d'enseignement sont chargés de veiller à réunir les conditions visant à permettre aux psychologues de santé scolaire d'assurer :

- L'accueil des enfants accompagnés de leurs parents ;
- La réception des demandes et la programmation des rendez-vous ;
- La prise en charge des élèves dans un local adéquat dédié à la consultation de psychologie.

4- En matière de promotion de la sante bucco-dentaire :

La carie dentaire continue à occuper le premier rang des pathologies dépistées en milieu scolaire (54%) et compte tenu des besoins importants en soins bucco-dentaires, une nouvelle stratégie «**Stop à la Carie**» a été adoptée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour le renforcement du programme national de santé buccodentaire.

Les principaux objectifs fixés dans le programme « Stop à la carie » consistent à :

- Mettre un terme à la progression de la carie chez les enfants scolarisés d'ici 2025 ;
- Faire en sorte, qu'il n'y ait plus de dents manquantes pour cause de carie à l'âge de 18 ans ;
- Atteindre un taux de 100 %, de prise en charge totale et effective de toutes les caries dentaires dépistées en milieu scolaire.

Le médecin-dentiste de santé scolaire assure la visite systématique de dépistage de tous les élèves inscrits **des classes préscolaires et des premières années primaires** sur un fauteuil dentaire équipé.

A l'issue de ce dépistage, chaque élève doit recevoir une fiche de liaison où seront portés le nom et la griffe du médecin-dentiste traitant, la structure de prise en charge, le jour et l'heure du rendez-vous.

Le médecin-dentiste qui a procédé au dépistage assurera la prise en charge de toutes les affections dépistées de l'ensemble des élèves examinés.

Les élèves nécessitant des soins bucco-dentaires spécialisés seront orientés pour leur prise en charge selon la filière spécialisée organisée par les directeurs des établissements publics de santé de proximité.

Il y a lieu de préciser que la cohorte des élèves examinés en préscolaire et en 1^{ère} année primaire bénéficiera d'un examen bucco-dentaire systématique et d'un suivi régulier chaque année et ce, à partir de leurs 2^{ème} année primaire et durant toute leur scolarité.

Tout élève scolarisé, quel que soit son cycle, qui se présentera au niveau du cabinet dentaire de l'UDS pour une affection bucco-dentaire doit être pris en charge.

5- En matière d'éducation pour la promotion de la sante :

La promotion de la santé en milieu scolaire est l'affaire de toute l'équipe de santé scolaire et de tous les membres de la communauté éducative. Elle a pour objectif d'apprendre aux élèves à devenir des acteurs éclairés de leur santé et de créer un environnement scolaire bienveillant, favorable à l'épanouissement de chacun afin d'assurer la réussite scolaire des élèves.

Les équipes de santé scolaire en collaboration avec les directeurs des établissements d'éducation et d'enseignement et les associations des parents d'élèves sont chargés de :

- Créer et redynamiser les « **clubs de santé** », les « **comités de lutte anti-tabac** » dans les établissements d'éducation et d'enseignement en vue de sensibiliser sur les dangers du tabac et de promouvoir l'éducation des élèves par leurs pairs,
- Promouvoir l'activité physique et sportive pour ses bienfaits sur les plans physique, mental et social à l'école avec la collaboration du secteur de la jeunesse et des sports pour l'encadrement et l'appui technique,
- Organiser, en plus des journées fixées par l'OMS et la semaine maghrébine, des campagnes d'éducation pour la santé et de communication sociale selon un calendrier devant porter notamment sur les thèmes suivants :

5.1- L'hygiène :

- L'hygiène individuelle et collective ;
- L'hygiène bucco-dentaire avec notamment des séances d'apprentissage du brossage au lavabo pour les élèves des écoles primaires ;
- L'hygiène du milieu et protection de l'environnement (prévenir et réduire les déchets...).

5.2- La prévention des maladies et lutte contre les facteurs de risque :

- La promotion d'une alimentation saine, équilibrée et pauvre en sucre ;
- La promotion de l'activité physique ;
- La lutte contre le tabagisme et la toxicomanie ;
- La prévention des addictions comportementales (écrans, jeux vidéo...) ;
- La prévention des maladies transmissibles.

5.3- La prévention et lutte contre les traumatismes :

- La prévention des accidents et traumatisme en milieu scolaire ;
- La lutte contre la violence en milieu scolaire ;
- La prévention des accidents domestiques et des risques routiers.

5.4- Dispositions particulières :

- Intégrer des séances d'éducation sanitaire pour la prévention du trachome et de l'envenimation scorpionique, en particulier au niveau des wilayas du Sud ;
- Pour les wilayas frontalières à l'est et à l'ouest, intégrer des séances de sensibilisation sur les risques dues aux mines antipersonnel.

Ce calendrier n'est pas exhaustif et d'autres thèmes peuvent être retenus localement par les équipes de santé scolaire en tenant compte des besoins spécifiques identifiés par les personnels de santé ou à la demande des élèves, des enseignants et des associations de parents d'élèves.

Le passage des équipes de santé scolaire dans les établissements scolaires doit être consigné sur le registre de santé de l'école (date, durée, nombre d'enfants concernés, moyens et thème) signé par le directeur de l'établissement d'éducation et d'enseignement.

6- En matière de contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires :

Les Directeurs de la santé et de la population en collaboration avec les Directeurs des EPSP sont chargés de veiller au contrôle régulier des établissements d'éducation et d'enseignement avec une attention particulière à la qualité de l'eau potable, dans les cantines scolaires, les internats et les sanitaires.

Les équipes des services d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) et des bureaux d'hygiène communaux (BHC), en collaboration avec les représentants des directions de l'éducation, doivent veiller à ce que les anomalies relevées par l'équipe de santé scolaire soient aussitôt corrigées.

Il y a lieu également de veiller à ce que les personnels chargés de la restauration soient soumis à un examen médical et faire une coproculture et parasitologie des selles tous les six (06) mois.

III - MOYENS A MOBILISER :

La mobilisation des moyens est une condition essentielle à l'amélioration de la qualité des prestations en milieu scolaire. A cet effet, les directeurs de l'éducation et les directeurs de la santé et de la population en relation avec les collectivités locales, les directeurs des EPSP et les directeurs des établissements d'éducation et d'enseignement, sont chargés, chacun en ce qui les concerne de :

1- Pour les UDS en général :

- Ouvrir de nouvelles UDS, afin d'assurer une couverture sanitaire effective de 4000 élèves ;
- Créer des UDS de référence pour la prise en charge médicale spécialisée et le suivi des élèves atteints de maladies chroniques ;
- Veiller à la normalisation des UDS (local bien éclairé, aéré, chauffé, climatisé, disposant d'un point de lavage des mains et d'un équipement adapté) pour permettre aux équipes de santé scolaire d'exercer dans des conditions de travail optimales ;
- Renforcer et stabiliser les équipes de santé scolaire qui doivent être composée d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'un psychologue et de trois paramédicaux dont un assistant dentaire;
- Prévoir les moyens didactiques pour l'éducation à la santé qui occupe une place prépondérante en santé scolaire.

2- Pour la prise en charge médicale :

- Fournir aux équipes de santé scolaire les vaccins et les médicaments nécessaires pour le traitement de certaines maladies notamment, le rhumatisme articulaire aiguë, la gale et la pédiculose ainsi que le trachome pour les wilayas du sud ;
- Mettre à la disposition des médecins de santé scolaire des wilayas du Sud des loupes binoculaires d'examen grossissants (2.5), pour le dépistage du trachome.

3- Pour la santé bucco-dentaire :

- Compléter la dotation des UDS en fauteuils dentaires et en autoclaves ;
- Prévoir le matériel et les consommables nécessaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de la carie au niveau des UDS ;
- Mettre à la disposition de chaque élève du préscolaire et de la 1ère année primaire un kit d'hygiène dentaire (brosse à dents et pâte dentifrice adaptées).

4- Pour la santé mentale :

- En plus du cabinet médical et du cabinet dentaire, il y a lieu d'intégrer un cabinet, répondant aux normes exigées, pour la consultation de psychologie ;
- Renforcer les UDS en psychologues notamment celles en charge des enfants à besoins spécifiques pour le dépistage et l'accompagnement de cette catégorie ;
- Appuyer la formation des enseignants et des auxiliaires de vie scolaire en charge des enfants à besoins spécifiques et ce, par les professionnels de la santé en coordination avec les secteurs de l'Education Nationale et de la Solidarité Nationale.

IV- SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES :

La coordination intersectorielle entre les services de santé, de l'éducation et les collectivités locales est un préalable pour le bon déroulement des activités de santé scolaire.

Le directeur de la santé et de la population, en coordination avec le directeur de l'éducation, est chargé de réunir le comité de wilaya de santé scolaire au début de l'année scolaire pour arrêter le programme annuel des activités, puis à chaque fin de trimestre pour le suivi et l'évaluation.

Les Directeurs de la Santé et de la Population doivent transmettre une copie des bilans trimestriels et annuel des activités de santé scolaire et de santé bucco-dentaire au Ministère de tutelle au niveau de la Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé.

Il y a lieu de noter qu'à partir de l'année scolaire 2019 - 2020, ces bilans seront établis sur la base des nouveaux supports d'information numérisés et intégrés dans le système d'information sanitaire (SIS).

Aussi, les Directeurs de la Santé et de la Population doivent transmettre des rapports synthétiques trimestriels et annuels des activités de santé scolaire aux Directeurs de l'Education des wilayas afin de permettre l'amélioration des actions entreprises dans ce domaine.

Nous attachons une grande importance quant à l'application et au suivi rigoureux des dispositions de la présente instruction qui visent à consolider et renforcer le programme national de santé scolaire.

**Le Ministre de la Santé,
de la Population et de la
Réforme Hospitalière**



**Le Ministre de
l'Education Nationale**



**Le Ministre de l'Intérieur,
des Collectivités Locales et
de
l'Aménagement du
Territoire**



ANNEXE IX : Autorisation du Directeur de l'EPSP-DBK de la wilaya de TIZI-OUZOU.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة مولود معمري
كلية الطب
تيزي وزو

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Mouloud MAMMERY
Faculté de Médecine
Tizi-Ouzou

ΧΘΑ. ΕΚΧΕΙΝΙΑ. Χ.Ε.Ε.Ο

10/07/2024

A
MONSIEUR LE DIRECTEUR
DEL'EPSP-DBK DE LA WILAYA
DE TIZI-OUZOU

Objet: Demande d'accès aux données techniques bucco-dentaires de la population scolaire de la commune de Tizi Ouzou.

Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études, intitulé « Activités de soins bucco-dentaires des UDS de la commune de Tizi Ouzou » pour l'obtention du diplôme de "docteur en médecine dentaire", nous avons l'honneur de solliciter votre haute bienveillance de bien vouloir, accepter notre demande d'accès aux données techniques bucco-dentaires de la population scolaire de la commune de Tizi Ouzou.

Nous vous informons que votre collaboration est essentielle et primordiale pour la réalisation de ce mémoire.

Dans l'attente d'une suite favorable à notre demande, veuillez agréer Monsieur et recevez l'expression de notre profond respect.

Ans Agoriz

Cheffe du département :

P. N. LAKABI
Chieffe de Département
Médecine Dentaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Mouloud Mammery TIZI-OUZOU
Faculté de Médecine

WILAYA DE TIZI-OUZOU

ETABLISSEMENT PUBLIC

DE SANTE DE PROXIMITE

DE DRAA-BEN-KHEDDA



A Monsieur le Responsable
De la Santé Scolaire

Objet : A/S Stage de Fin D'Etude.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir, mettre tous les moyennes nécessaires pour permettre aux Etudiants dans le tableau ci dessous Doctorant en 6^{ème} année Médecine Dentaire, a fin d'accomplir leurs thèse dans de bonnes Conditions.

Durée : 3 mois *compter du dimanche le 07.04.24*

Nom et Prénom*	UDS Commune de Tizi-ouzou
ABBOUD Sid Ali	UDS Lycée Rabah Stambouli
ADEL Kahina	
GHARBI Yousra	UDS Lycée HAMEL Lamara Nouvelle Ville (Technicum)
DRISSI Rania	UDS Lycée ABANE Ramdane
GUIDOUCHE Ibtissem	
SAIDI Nada	UDS Lycée Fatma N'Soumeur

Fait à Draa-Ben-Khedda, le 10 2 2024

LE DIRECTEUR

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
دراة بن خدة
المدير
إمضاء: ز. طلحي



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

مديرية التربية لولاية تيزي وزو
الامانة العامة
رقم الارسال: 2024/ع.ا.1 / 2024

السيد مدير التربية
إلى
مدير جامعة مولود معمري تيزي وزو

الموضوع: ف/ي طلب الترخيص
المرجع: مراسلتكم ل 2024/09 بتاريخ 2024/03/07

بناءا للمرجع المذكور أعلاه، يشرفني أن أعلمكم بموافقتي على القيام للطلاب المذكورين التاليين بدورة تدريبية في المؤسسات المشرفة على تسيير وحدات الكشف و المتابعة لبلدية تيزي وزو، و جمع كل المعلومات الضرورية و المتعلقة بموضوع مذكرة التخرج.

الطلاب المعنيين : - دريسي رانية

- سعدي ندى

- عبود سيدعلي

- غربي يسرى

- قيدوش ابتسام

- عادل كهينة

عليه اطلب منكم اتخاذ الإجراءات اللازمة للعمل على تنفيذ أحكام هذا الترخيص الذي يعد اشعار لكم.

تيزي وزو في 23.03.2024....
مدير التربية
ع.ح. عاشور

نسخة إلى السادة مدراء:
ثانوية فاطمة نسومر.
ثانوية اسطيمبولي راجح.
ثانوية عبان رمضان.
ثانوية حامل لعمارة.

ANNEXE XI : Grille d'observation journalière de la prise en charge.

					Nom	Date
					Prénom	
					Sexe	UDS
					Age	
					Ecole	
					Type école	
					Classe	
					Cible Oui / non	
					Etat général	
					Convoqué Oui / non	
					Motif de consultation	
					Diagnostic	
					Traitement 1	Dentiste
					Traitement 2	
					Dents	Heure
					Produits (Matériaux)	
					Orientation Oui / non	
					Motif d'orientation	
					Suivi Oui / non	
					Anomalies détectées	

Grille d'observation

FICHE DE SERVICE

I. Présentation de l'UDS

- Nom :

- Localisation :

- Décision de création :

- Nombre total d'établissements scolaires :

a - Nombre des écoles primaires :

b - Nombre de CEM :

c - Nombre de lycées :

- Nombre total d'élèves :

a - Nombre d'élèves en primaires :

b - Nombre d'élèves en CEM :

c - Nombre d'élèves en lycée :

II. Aménagement de L'UDS

Locaux	Nombre	Surface	Equipement et mobilier
Cabinet dentaire			
Cabinet médical			
Cabinet de psychologie			
Salle paramédicale			
Salle d'attente			
Vestiaires			
Bloc sanitaire			
Hall d'entrée			

III. Matériaux et Instrumentation dentaires disponibles

Nombre de Matériel médical	Nombre des instruments disponibles	Matériaux et produits disponibles
- Fauteuil dentaire - Unit dentaire - compresseur d'air - Lampe dentaire - Autoclave (stérilisateur) - Siège opérateur - Meuble dentaire(instruments) - Radio dentaire	-Les instruments d'examen clinique : -les instruments d'insensibilisation -Les instruments de détartrage : -Les instruments de traitements conservateurs -Consommable au quotidien	-Matériaux d'obturation provisoire -Matériaux de coiffage dentaire -Matériaux de restauration définitive -Matériaux de scellement des sillons

IV. Le personnel de l'UDS

A- Les équipes de travail :

-Equipe médicale : médecin généraliste : ; médecin dentiste :

-Equipe paramédicale : infirmiers : ; assistant dentaire :

-Equipe spécialisée : psychologue : ; orthophoniste :

B- Le temps de travail de médecin dentiste : total / partiel

V. Activités intersectorielle de la commune de TIZI OUZOU (collectivités locales / association des parents d'élève) :

-Transport des élèves/dentistes (collectivités locales) :

-Les journées d'assemblée entre l'association des parents d'élèves, les médecins de l'UDS et le directeur de l'établissement concerné (discussion de l'état sanitaire des élèves et information des parents).

-Les journées d'information et de sensibilisation de la santé bucco-dentaire programmées pour L'UDS au niveau de la commune durant l'année scolaire 2023/2024.

ANNEXE XIII : Fiche d'évaluation clinique de la santé bucco-dentaire.

MINISTERE DE LA SANTE
Direction Générale de la Prévention et de La Promotion De La Santé
Santé Bucco-dentaire en Milieu scolaire

FICHE D'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Année scolaire

Classe

Date :

Nom

Prénom

Age

Antécédents médicaux :

1-Hygiène bucco-dentaire Acceptable
 Non acceptable
 Black Stains

2-Gingivite Localisée
 Généralisée
 Tartre

3-Indice de carie :

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	75		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

C :.....

A :.....

O :.....

C+A+O =.....

c :..... **a** :..... **o** :..... **c+a+o** =.....

4-Anomalie Dento-faciale :

Orientation vers un milieu spécialisé

5-Autre pathologie :

Orientation vers un milieu spécialisé

Le médecin dentiste opérateur

ANNEXE XIV : Fiche de liaison.

MINISTERE DE LA SANTE
Direction Générale de la Prévention et de La Promotion De La Santé
Santé Bucco-dentaire en Milieu scolaire

FICHE DE LIAISON (recto)

EPSP :.....
COMMUNE :.....
UDS :.....

Je soussigné Dr.....
Vous adresse l'enfant.....âgé de.....

- Pour Scellement des sillons
 Traitement conservateur des
 Traitement parodontal.....
 Traitement orthodontique.....
 Autre pathologie.....

- Eliminer les chicots avant toute intervention.

FICHE DE LIAISON (verso)

Cabinet dentaire.....

Nom du médecin dentiste ayant effectué l'acte.....

- Scellement des sillons.....
 Polissage.....
 Détartrage.....
 Traitement odontologique.....
 Traitement orthodontique.....
 Autre pathologie.....

EXAMEN MEDICAL DE DEPISTAGE

Date de l'examen				
Classe fréquentée				
Age de l'élève				

Tension artérielle				
Acuité OD				
Visuelle OG				
Pédiculose				

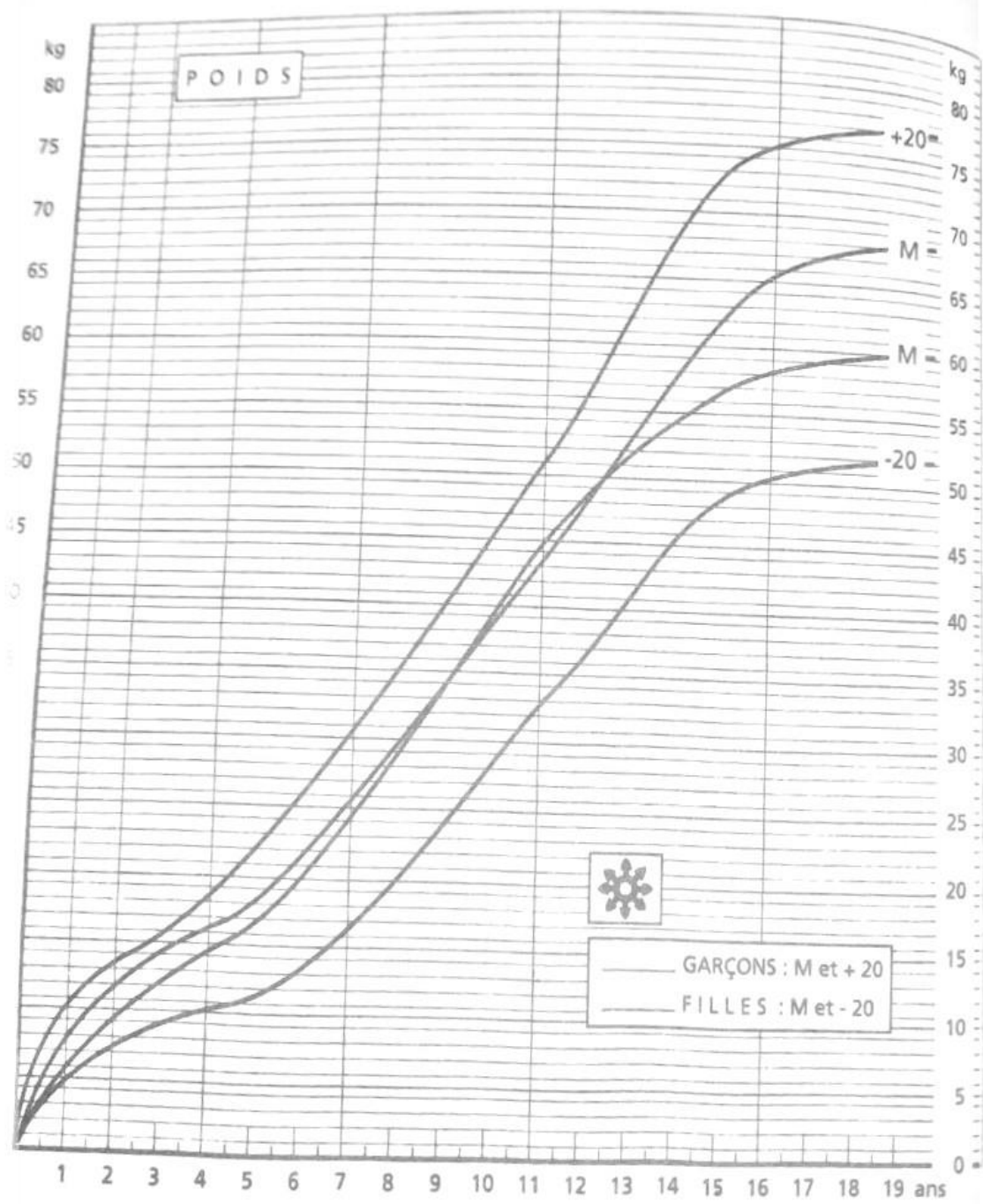
ANTECEDENTS DE L'ÉLÈVE

Hospitalisations (Date-cause)				
Diabète (Date de début)				
Asthme (Fréquences des crises)				
Epilepsie (Fréquences des crises)				
Autres (à préciser)				

EXAMEN MEDICAL

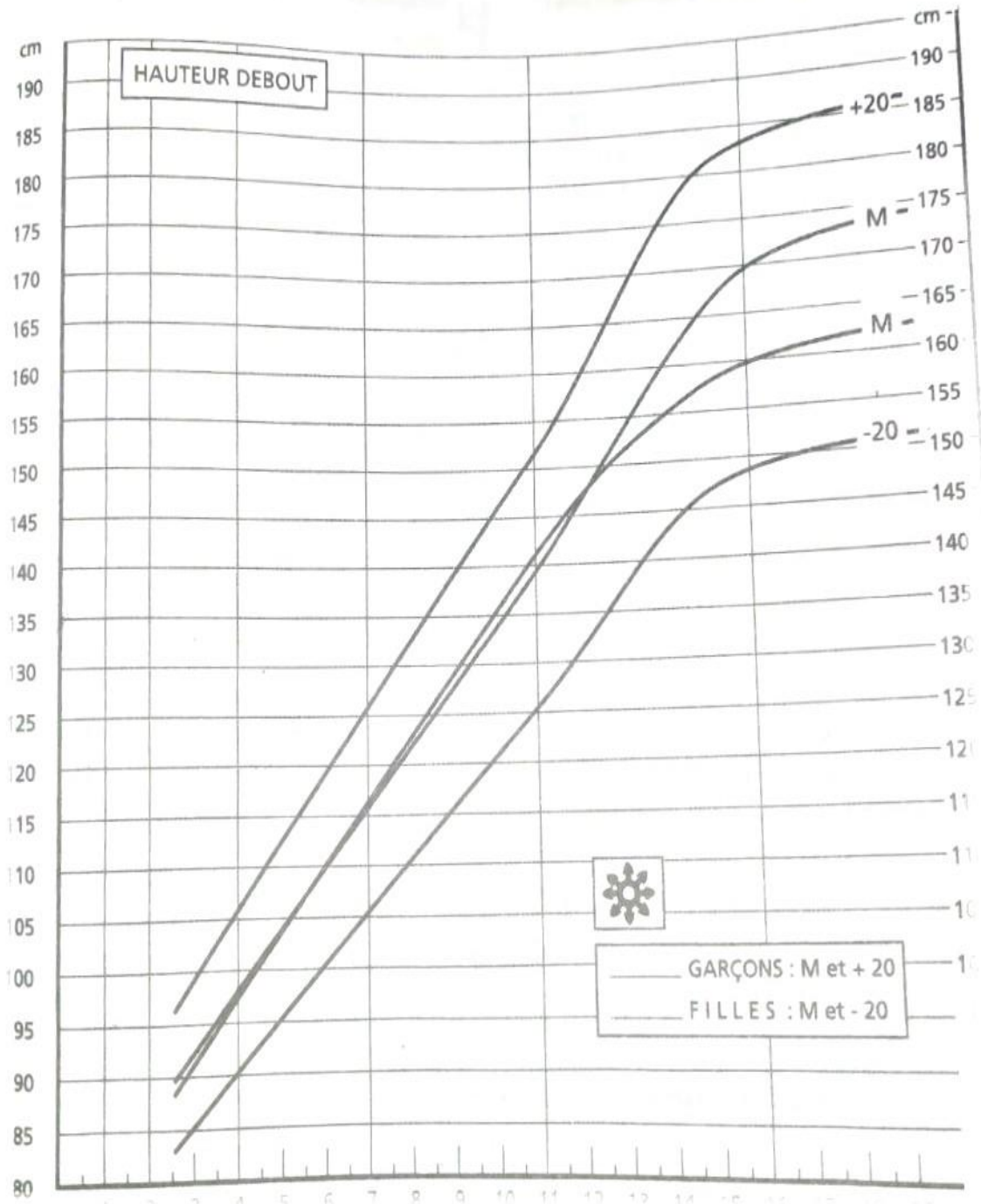
app. Neurologique				
app. Endocrinien				
Rachis et Membres				
Peau et Phanères				
app. Ophtalmique				
app. O.R.L				
app. Respiratoire				
app. Cardio-vasculaire				
app. Digestif				
app. Urinaire				
app. Génital				
Autres anomalies dépiستées				

Date					
Age					
Poids					



BIOMETRIE

Date					
Age					
Poids					
Taille					



FICHE DE SANTE BUCCO DENTAIRE

Date :

Classe :

Age :

1 - Hygiène bucco-dentaire : acceptable
 non acceptable

2 - Gingivite Localisée
 Généralisée
 Tartre

3 - Indice de carie :



CAO=

cao=

C:

A:

O:

c:

a:

o:

4 - Anomalie Dento-Faciale :





Orientation vers un milieu spécialisé




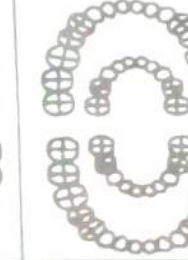
5 - Autres pathologie :

Orientation vers un milieu spécialisé

Le ~~chir~~ ^{algien} dentiste

EXAMEN ET SUIVI BUCCO-DENTAIRE

DATE				
ANOMALIES DENTO-MAXILO-FACIALES				
HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE				
ETAT DES GENCIVES				
PRÉSENCE DE TARTRE				
INDICE C.A.O				
INDICE c.a.o				
				

DATE				
ANOMALIES DENTO-MAXILO-FACIALES				
HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE				
ETAT DES GENCIVES				
PRÉSENCE DE TARTRE				
INDICE C.A.O				
INDICE c.a.o				
				

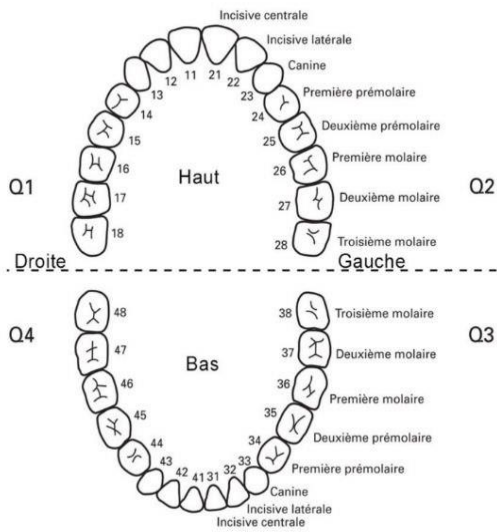
EXAMEN ET SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Date				
Difficultés scolaires				
Troubles du langage				
Troubles du comportement				
Autres				

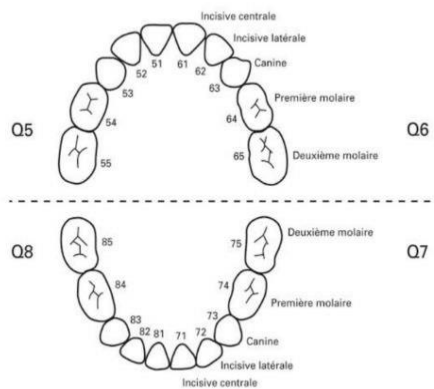
Date				
Difficultés scolaires				
Troubles du langage				
Troubles du comportement				
Autres				

Date				
Difficultés scolaires				
Troubles du langage				
Troubles du comportement				
Autres				

ANNEXE XVI : Codification de la denture permanente et temporaire.



Denture permanente



Denture temporaire

Résumé

La santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents scolarisés est une priorité en raison de leur susceptibilité aux problèmes dentaires, comme la carie. La prévention et le traitement précoce de ces problèmes sont cruciaux pour leur bien-être à long terme.

Les services de santé scolaire et les unités de dépistage et de suivi jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé bucco-dentaire et des bonnes habitudes de vie à l'école. Une approche coordonnée, conformément aux directives ministérielles, est nécessaire pour répondre pleinement aux besoins en santé dentaire.

La collaboration est indispensable entre les professionnels de la santé, les autorités locales et les écoles pour favoriser un environnement favorable à la santé bucco-dentaire des élèves, ce qui contribue à leur réussite scolaire et à leur bien-être personnel.

Pour évaluer l'impact des unités de dépistage et de suivi de la commune de Tizi-Ouzou sur la santé bucco-dentaire en milieu scolaire, une étude a été réalisée sur les activités de soins bucco-dentaires dans les cabinets dentaires des UDS pendant l'année scolaire 2023/2024. Cette étude a inclus une observation portée sur 140 élèves scolarisés, âgés en moyenne de 9,8 ans, avec une prédominance masculine.

Des lacunes dans les activités des UDS ont été identifiées, en termes de collaboration intersectorielle et d'application des directives ministérielles. Des adaptations ont été apportées mais elles restent insuffisantes.

Pour cela, il est essentiel de planifier et de gérer efficacement les ressources humaines et matérielles pour atteindre les objectifs fixés par le ministère.

Abstract

The oral health of school-aged children and adolescents is a priority due to their susceptibility to dental problems such as cavities. Early prevention and treatment of these issues are crucial for their long-term well-being. School health services and screening and monitoring units play a vital role in promoting oral health and good lifestyle habits within schools. A coordinated approach, in line with ministerial guidelines, is necessary to fully address dental health needs.

Collaboration among health professionals, local authorities, and schools is essential to create an environment conducive to students' oral health, contributing to their academic success and personal well-being. To evaluate the impact of the screening and monitoring units in Tizi-Ouzou on school-based oral health, a study was conducted on dental care activities in UDS dental offices during the 2023/2024 school year. This study included observations of 140 students with an average age of 9.8 years, predominantly male.

Gaps were identified in UDS activities, particularly in intersectoral collaboration and implementation of ministerial guidelines. While adaptations have been made, they remain insufficient. Effective planning and management of human and material resources are essential to achieve the objectives set by the ministry.

