



HAL
open science

Les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription fluorée : point de vue des médecins généralistes

William Tavernier

► To cite this version:

William Tavernier. Les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription fluorée : point de vue des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160852

HAL Id: dumas-01160852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160852>

Submitted on 8 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE

Les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire
et de la prescription fluorée.
Point de vue des médecins généralistes.

Présentée et publiquement soutenue le 17 Septembre 2014
devant la faculté de Médecine de Nice par

William Tavernier

Né le 26 Novembre 1986 à Lyon

INTERNE DES HOPITAUX

En vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Madame le Professeur Laurence LUPI-PEGURIER

Madame le Professeur Isabelle POURRAT

Monsieur le Docteur Régis LAURE

Président du Jury

Assesseur

Assesseur

Directeur de Thèse

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DAR COURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires
M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
(54.04)		
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
(46.01)		
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
(54.04)		
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)

Mme DONZEAU Michèle (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean (46.01)	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

À **Monsieur le Professeur Sautron**, Président du Jury, qui m'a offert de grandes opportunités de formation, et qui me fait l'honneur de présider le jury de ma thèse.

À **Madame le Professeur Pourrat**, qui s'est montrée présente et attentive à ma formation, et qui m'a montré l'importance de l'éducation thérapeutique et de la communication en médecine.

A **Madame le Professeur Lupi-Pegurier**, qui a donné un élan certain à mon projet, de par sa présence active, son enthousiasme et son engouement pour le sujet.

A **Madame le Docteur Pesenti**, qui a été la source d'inspiration de mon projet d'étude, et qui par son travail m'a transmis son intérêt pour la prise en charge préventive de la carie dentaire.

A **Monsieur le Docteur Laure**, qui a accepté de diriger et de suivre régulièrement l'avancement de mes travaux, et qui a développé mon autonomie en cabinet médical.

A tous mes **Professeurs, Enseignants et Tuteurs**, qui m'ont permis d'atteindre mes objectifs, m'ont offert une formation efficace, et m'ont aidé à développer mes compétences médicales.

A **Madame le Docteur Salomez**, qui m'a transmis son amour de la pédiatrie, m'a enseigné tout ce qu'il faut savoir en la matière, et qui me fait l'honneur de sa lecture bienveillante.

À **Matthieu**, qui m'a été d'une aide précieuse et m'a offert un avis objectif tout au long de l'élaboration de mon projet.

À **F.H.**, 4nc13n c01n73rn3, 3xc3113n7 4m1, 633k r35p3c74813, 37 8ri114n7 m3d3c1n.

A **ma famille**, qui a constitué une oreille attentive, une lecture objective, et m'a toujours apporté de bons conseils.

A tous **mes co-internes**, pour leur soutien et leur disponibilité dans les moments les plus difficiles, mais surtout pour les souvenirs qu'ils m'ont offert de tous ces bons moments.

A tous **les médecins interrogés**, qui m'ont offert de leur temps et m'offrir des réponses constructives.

A tous **les oubliés**, puisqu'on ne peut citer tout le monde, mais qui se reconnaîtront de par leur contribution, de près ou de loin, à ce vaste projet.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIERES	8
INTRODUCTION.....	12
1. EPIDEMIOLOGIE	12
2. CONSEQUENCES DE LA CARIE DENTAIRE.....	12
3. QUALITE DE LA PRESCRIPTION FLUOREE.....	13
4. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	13
GENERALITES	15
1. PHYSIOPATHOLOGIE	15
1.1. Formation de la carie dentaire	15
1.2. Mécanisme d'action du fluor	15
1.3. Formation de la fluorose dentaire	15
2. RECOMMANDATIONS OFFICIELLES	16
2.1. Population à risque de carie dentaire	16
2.2. Moyens de prévention de la carie et indications.....	17
2.2.1. Catégories de traitements fluorés.....	17
2.2.2. Brossage des dents.....	17
2.2.3. Bains de bouche fluorés.....	18
2.2.4. Thérapeutiques topiques à usage professionnel	18
2.2.5. Scellement de sillons	18
2.2.6. Fluor systémique	18
2.3. Récapitulatif des recommandations	19
2.4. Bilan des apports fluorés	20
3. ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DENTAIRE EN FRANCE	21
3.1. Politiques de prévention existantes.....	21
3.2. Pratiques des patients et recours aux soins dentaires.....	21
3.3. Tarifs et remboursement des soins dentaires	22
MATERIEL ET METHODES.....	23
1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	23
1.1. Bases bibliographiques	23
1.2. Mots-clés	24
1.3. Gestion de la bibliographie.....	24
2. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	24
3. POPULATION ETUDIEE	24
3.1. Critères d'inclusion.....	24
3.2. Critères d'exclusion.....	25

3.3. Recrutement.....	25
4. METHODOLOGIE DES ENTRETIENS.....	26
4.1. Canevas d'entretien	26
4.2. Déroulement des entretiens	26
5. ANALYSE DES DONNEES	27
5.1. Retranscription des entretiens.....	27
5.2. Codage du verbatim.....	27
5.3. Analyse thématique	27
5.4. Analyse statistique.....	27
RESULTATS	29
1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	29
1.1. Caractéristiques des entretiens.....	29
1.2. Caractéristiques de la population étudiée	29
2. L'OFFRE DE PREVENTION DENTAIRE PRODIGUEE PAR LES GENERALISTES.....	30
2.1. Qualité de l'offre de prévention dentaire.....	30
2.2. Obstacles liés aux praticiens.....	30
2.2.1. Le manque de temps, pour une charge de travail importante.....	30
2.2.2. La prévention inappropriée par rapport aux demandes des patients	31
2.2.3. Patientèle estimée à faible risque de caries.....	31
2.2.4. Désintérêt des médecins pour la prévention dentaire.....	32
2.2.5. Le rôle du généraliste dans la prévention dentaire.....	33
2.2.6. Implication d'autres acteurs de santé.....	33
2.2.7. Prise en charge pédiatrique par les généralistes.....	35
2.2.8. Examen buccodentaire.....	36
2.3. Pistes d'amélioration	36
2.3.1. Consultations dédiées à la prévention dentaire	36
2.3.2. Rappeler l'intérêt de la prévention dentaire.....	37
3. LES PATIENTS, ACTEURS PEU CONCERNES	38
3.1. Le comportement des patients	38
3.1.1. Absence de demande de prévention dentaire	38
3.1.2. Suivi des règles hygiéno-diététiques buccodentaires	39
3.2. Les difficultés imputables aux patients.....	40
3.2.1. Le manque d'informations à visée buccodentaire destinées aux patients	40
3.2.2. Parents et école : obstacles à l'application des règles d'hygiène buccale	41
3.2.3. Les généralistes vus comme substituts occasionnels aux spécialistes.....	42
3.3. Pistes d'amélioration	43
3.3.1. Sensibilisation des parents et des enfants : médias et documentation.....	43
3.3.2. Renforcement des consultations obligatoires chez le dentiste	44
4. LA FORMATION DES MEDECINS	44
4.1. À propos des connaissances des médecins généralistes	44
4.1.1. Les supports d'information des généralistes.....	44
4.1.2. La méconnaissance des recommandations.....	45
4.1.3. Les réponses des médecins aux questions des parents.....	46

4.2.	Les obstacles à la bonne formation des médecins	47
4.2.1.	La qualité des moyens de formation	47
4.2.2.	Le scepticisme des médecins envers les recommandations	49
4.3.	Amélioration de la formation des médecins	49
5.	LES PRESCRIPTIONS EN MATIERE DE PREVENTION DENTAIRE	52
5.1.	La qualité des prescriptions	52
5.1.1.	La prescription de fluor per-os.....	52
5.1.2.	La prescription des mesures d'hygiène buccodentaire.....	53
5.2.	Les obstacles à des prescriptions en fluor adéquates	53
5.2.1.	Le défaut de connaissances.....	53
5.2.2.	Le bilan des apports en fluor	54
5.2.3.	D'autres obstacles.....	56
5.3.	Pistes d'amélioration	56
5.3.1.	La formation des médecins.....	56
5.3.2.	Facilitation du calcul de posologie du fluor.....	56
5.3.3.	La mise en place de consultations dédiées à la prévention dentaire.....	57
	DISCUSSION	58
1.	DISCUSSION DE LA METHODE	58
1.1.	Forces de l'étude.....	58
1.1.1.	Une étude de type qualitatif.....	58
1.1.2.	le recrutement des médecins.....	58
1.1.3.	La réalisation des interviews	58
1.1.4.	La retranscription et l'analyse	59
1.1.5.	La triangulation	59
1.2.	Faiblesses de l'étude.....	60
1.2.1.	Le recrutement des médecins interviewés	60
1.2.2.	La réalisation des entretiens.....	60
2.	DISCUSSION DES RESULTATS	61
2.1.	Réponse à la question posée	61
2.2.	Des questions subsistent	62
2.2.1.	Le manque de temps.....	62
2.2.2.	L'éducation thérapeutique des patients.....	62
2.2.3.	Défaut d'information des patients.....	63
2.2.4.	Les contraintes scolaires	63
2.2.5.	Défaut de formations et d'informations des médecins.....	64
2.2.6.	Le point de vue des patients.....	65
2.2.7.	Les outils d'aide à la prévention dentaire	66
3.	PERSPECTIVES D'AVENIR.....	66
	CONCLUSION.....	67
	ANNEXES.....	68
	ANNEXE 1 : AFSSAPS : UTILISATION DES PRODUITS FLUORES	68
	ANNEXE 2 : UFSBD : RECOMMANDATIONS DE NOVEMBRE 2013	69

ANNEXE 3 : DDASS : TENEUR EN FLUOR DES EAUX COMMUNALES EN 1998.....	70
ANNEXE 4 : UFSBD : FICHE D'AIDE AU BILAN DES APPORTS FLUORES	71
ANNEXE 5 : CANEVAS D'ENTRETIEN : DERNIERE VERSION	72
ANNEXE 6 : CHRONOLOGIE DES ENTRETIENS ET DES CANEVAS D'ENTRETIEN	73
BIBLIOGRAPHIE.....	74
SERMENT D'HIPPOCRATE	77
RESUME (AU DOS).....	79

1. Epidémiologie

La carie dentaire reste un problème mondial majeur, avec 5 milliards d'individus atteints dans le monde. (1)

La France n'est pas épargnée, puisque 20 à 30% des enfant âgés de 4 à 5 ans sont porteurs d'au moins une carie non soignée, au même titre que 30 à 50% des enfants de 6 ans, 45 à 55% des enfants de 12 ans, 50 à 80% des adolescents. Ces chiffres sont moins élevés chez les patients ayant bénéficié d'un suivi régulier auprès d'un dentiste. (2–6) Une amélioration sensible de l'état buccodentaire est notable entre 1998 et 2006. 32 % des enfants d'ouvriers n'avaient aucune carie à l'âge de 12 ans en 1998 contre 47 % des enfants de cadres supérieurs. En 2006, ces pourcentages s'établissent respectivement à 50 % et 67 %, soit un gain de 18 points pour les ouvriers et de 20 points pour les cadres en l'espace de huit ans. (6)

Les études témoignent d'une augmentation de prévalence des caries dans les cas suivants : le faible niveau socioéconomique des parents, la situation de précarité, la scolarisation en Zone d'Education Prioritaire (ZEP), la naissance de l'enfant à l'étranger, la consommation de boissons sucrées par les enfants et parents, l'absence de prise de fluor, et le manque de connaissances sur les caries et sur le fluor. Ainsi, 20 à 30% des enfants concentrent 80% des caries. (2,4,7–9)

2,5% des dépenses de l'assurance maladie sont consacrés aux soins dentaires. Ce chiffre est de 30 à 50% pour les mutuelles. (10)

Les études ne décrivent pas la fluorose dentaire comme un problème de santé publique. La dernière étude épidémiologique portant sur la fluorose en France date de 1998. D'après cette étude, la suspicion de fluorose pesait à l'époque sur 8,78% des enfants, et les fluoroses avérées touchaient 2,75% des enfants. (8,11) La tendance serait à la baisse de la prévalence de fluorose du fait de la meilleure connaissance de cette pathologie et de l'élaboration de recommandations plus précises, notamment en terme de posologies et d'indications. (12)

2. Conséquences de la carie dentaire

Les caries dentaires peuvent être à l'origine de complications locales, comme les abcès, parodontites, malocclusions dues aux extractions dentaires, douleurs. Un retentissement sur l'état général peut également être observé. La douleur dentaire occasionne communément un défaut d'alimentation chez les enfants, avec un risque de perte de poids. La septicémie à point de départ dentaire, responsable d'une endocardite infectieuse, n'est pas rare. Les parodontites peuvent être liées à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires, accouchements prématurés, pré-éclampsie, atteintes broncho-pulmonaires, déséquilibre diabétique, maladies inflammatoires, obésité. (10,13)

L'ensemble de ces complications, locales et générales, sont à l'origine d'un absentéisme scolaire, d'un isolement social, d'un absentéisme professionnel parental, et de répercussions sur l'économie de santé. (13)

3. Qualité de la prescription fluorée

Plusieurs études se sont attachées à évaluer la prescription de fluor par les médecins généralistes, et à comparer la prise en charge préventive de la carie avec celle des pédiatres et des dentistes. De grandes disparités existent entre les recommandations de l'AFSSAPS et de la HAS, et les prescriptions en médecine générale.

La prescription de fluor n'est indiquée et adaptée que pour 2 à 7% des ordonnances. Pour les enfants de 0 à 3 ans, les apports en fluor sont insuffisants dans 86% des cas, et excessifs dans 5% des cas, ne laissant que 9% de posologies appropriées. Pour les enfants de 3 à 12 ans traités par fluor systémique, les apports en fluor sont insuffisants dans 34% des cas, excessifs dans 45% des cas, et corrects dans seulement 21% des cas. Pour les enfants de 3 à 12 ans non traités par du fluor systémique, les apports en fluor sont insuffisants dans 56% des cas, excessifs dans 10% des cas, et corrects dans seulement 34% des cas. L'évaluation des apports en fluor est préalablement conduite pour 60 à 68% des prescriptions fluorées. Le suivi de la prescription fluorée et l'observance sont corrects dans 58% des cas. (2,5)

La fluoroprophylaxie par les dentistes, dans les études, est estimée à 0.9% pour les 0 à 3 ans, et 16% pour les 4 à 12 ans. Le reste des prescriptions fluorées est assuré par les médecins généralistes et les pédiatres, révélant leur rôle prédominant. (5) La prévention dentaire par les pédiatres amène à une prescription en fluor jusqu'à 2,6 fois plus importante selon certaines études (14), pouvant être liée à une meilleure connaissance des recommandations. (15)

4. Objectifs de l'étude

Les conséquences médico-socio-économiques des caries dentaires sont importantes. Les thérapeutiques préventives restent mal utilisées dans l'ensemble, malgré l'existence de recommandations précises de l'AFSSAPS en 2008 et de l'HAS en 2010, décrivant la population à traiter, les thérapeutiques indiquées, et les posologies à utiliser (Cf. Chapitre 2.3 page 19 : Récapitulatif des recommandations).

La littérature médicale ne s'attarde pas sur les raisons d'une telle variabilité entre recommandations et prescriptions, en particulier chez les médecins généralistes. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ne sont pas évoquées, ni même les facteurs facilitant une prescription adéquate.

Il paraît alors important de s'assurer de la bonne applicabilité des recommandations officielles, et pour cela de recueillir l'avis des prescripteurs, que ce soit sur leurs difficultés, mais aussi sur leurs propositions d'amélioration de la prise en charge préventive de la carie dentaire.

L'objectif principal de cette étude est de rechercher les déterminants et les facteurs limitants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription des thérapeutiques fluorées, menées par les médecins généralistes.

L'objectif secondaire consiste à recueillir l'avis des médecins généralistes sur les façons d'améliorer leur prise en charge préventive de la carie dentaire, afin d'établir des grands axes d'actions futures.

1. Physiopathologie

1.1. Formation de la carie dentaire

L'émail dentaire est constamment soumis à des mécanismes de déminéralisation et de reminéralisation. La carie dentaire est la conséquence d'un déséquilibre de ces mécanismes au profit de la déminéralisation. (2)

En contact avec des sucres fermentescibles, les bactéries cariogènes – Streptococcus Mutans, Lactobacillus, Staphylococcus, Actinomyces – produisent localement des acides organiques. Le pH buccal est alors diminué, responsable de la déminéralisation de l'émail dentaire. (2)

1.2. Mécanisme d'action du fluor

Le fluor agit en premier lieu par voie topique. Lors de la remontée du pH buccal entraînée par le pouvoir tampon de la salive, le fluor peut se combiner au calcium, formant des cristaux de fluoroapatite. Ces cristaux, plus résistants aux acides que l'hydroxyapatite, le remplacent dans l'émail dentaire. (2,16)

Le fluor topique exerce également une inhibition du métabolisme bactérien, par plusieurs mécanismes : l'inhibition de la pompe à proton, le blocage de l'énolase, et la diminution de la production des polysaccharides extracellulaires, responsables de l'agrégation bactérienne sur les surfaces dentaires. (16) Ces mécanismes d'action sont facilités par la diminution du pH buccal, permettant une meilleure internalisation des ions fluorures. Cela permet de diminuer la tolérance bactérienne aux environnements acides, habituellement propices au développement des caries. (8)

La deuxième voie d'action du fluor est systémique. Par affinité avec le calcium, le fluor se fixe principalement sur les tissus minéralisés. Il s'incorpore sous forme de fluoroapatite au cours du processus de minéralisation de la dent, jusqu'à deux ans après son éruption. Les tissus durs de la dent ne participant pas au métabolisme phosphocalcique, ils ne sont pas dégradés, permettant au fluor de rester fixé, retardant ainsi leur déminéralisation. (16)

1.3. Formation de la fluorose dentaire

La fluorose dentaire se manifeste par des taches blanchâtres ou des opacités de l'émail dentaire. Elle survient en cas de surdosage en fluor au moment de la minéralisation dentaire. Ainsi, des surdosages avant l'âge de 6 ans auront un préjudice esthétique du fait de l'atteinte des dents les plus visibles. Après 6 ans, seules les deuxièmes prémolaires et les deuxièmes molaires se minéralisent, écartant tout retentissement esthétique. (16)

Plus important, la fluorose est à l'origine d'une porosité de l'émail, ce qui expose à un risque élevé de caries dentaires. Une dose supérieure à 1mg/Kg/jour augmente significativement le risque de fluorose dentaire. (16,17) La fluorose est liée aux apports en fluor par un effet dose-dépendant. (18)

La fluorose a été initialement différenciée en plusieurs stades par la classification de Dean. (19) Bien qu'elle reste toujours largement utilisée, d'autres index ont été créés, comme le TF-index établi par Thylstrup et Fejerskov (20), ou encore l'échelle TSIF (Total Surface Index of Fluorosis). La classification de Dean décrit cinq stades de fluorose.

Le stade 'suspicion de fluorose' correspond au stade TF 1, et est caractérisé par de très discrètes altérations de la translucidité de l'émail. Le stade 'très légère fluorose' peut correspondre aux stades TF 2 ou 3, en rapport avec de petites opacités blanches irrégulières recouvrant moins de 25% de la surface dentaire. Le stade 'fluorose légère' correspond aux stades TF 3 ou 4, en lien avec des opacités blanchâtres recouvrant moins de 50% de la surface dentaire. Le stade 'fluorose modérée' correspond au stade TF 4, et montre un émail touché dans sa globalité, avec une attrition des tissus en contact. Le stade 'fluorose sévère' correspond aux stades TF 5 à 9, en rapport avec une atteinte de la totalité de l'émail, associée à une hypoplasie des tissus en contact, avec des cratères et taches confluentes brunâtres. (19–21)

2. Recommandations officielles

2.1. Population à risque de carie dentaire

La dernière synthèse de la HAS remonte à 2010. Elle décrit les recommandations de multiples organismes sur le plan international, et en particulier celles de l'AFSSAPS pour ce qui concerne la France. (2) Cette dernière autorité définit les enfants suivants comme étant à haut risque carieux. Les enfants ne respectant pas les règles d'hygiène élémentaires, et notamment sujets au grignotage, salé ou sucré, consommant des boissons de type soda, ou sujets à des prises alimentaires après le dîner ou pendant la nuit. Les enfants s'endormant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure. Les enfants ne respectant pas les règles d'hygiène buccodentaire, en particulier dont le brossage est insuffisant ou inefficace. Les enfants ayant des caries dentaires comme antécédents personnels et/ou familiaux. (8)

L'AFSSAPS insiste également sur les facteurs de risque environnementaux. Le faible niveau socio-économique et le faible niveau d'éducation de la famille, la maladie et le handicap de l'enfant entraînant des difficultés de brossage, le port d'appareils orthodontiques, et la prise au long cours de médicaments sucrés ou entraînant une hyposialie. (7,8,22)

Quel que soit leur âge, les enfants d'un niveau socio-économique élevé présentent moins de caries que ceux de bas niveau socio-économique. Les enfants scolarisés en ZEP ont deux fois plus de chances d'avoir au moins une carie non soignée. De même, les enfants scolarisés dans les DOM ont deux fois plus souvent des caries non traitées qu'en métropole. La consommation quotidienne de boissons sucrées augmente significativement le risque d'avoir des caries, ce risque passant de 30% à 50%. (6)

2.2. Moyens de prévention de la carie et indications

2.2.1. Catégories de traitements fluorés

Les moyens de prévention de la carie reposent sur l'usage de fluor, topique ou systémique. Les topiques sont classés selon leur teneur en fluor.

Les topiques à faible teneur en fluor, dont la concentration est inférieure à 1500 ppm, sont pour la plupart en vente libre, bien que certains disposent d'une autorisation de mise sur le marché. Ils sont représentés essentiellement par les dentifrices et la plupart des bains de bouche. Les topiques à forte teneur en fluor, c'est-à-dire dépassant une concentration de 1500 ppm, nécessitent l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché. C'est le cas des gels et vernis fluorés, ainsi que certains dentifrices. Les dispositifs médicaux libérant du fluor sont réservés à un usage professionnel. Il s'agit de moyens de prévention, comme les vernis et certains produits de scellement des sillons à minima, ou de moyens de restauration des pertes de substance dentaire.

Les traitements systémiques sont disponibles sous deux formes, comprimés et gouttes. Ils nécessitent une autorisation de mise sur le marché, et sont vendus sur ordonnance.

La prévention dentaire repose sur l'utilisation de chacune de ces galéniques, dont l'indication est posée par un médecin ou un dentiste. (8)

2.2.2. Brossage des dents

Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré constitue le moyen de prévention de la carie le plus répandu, le plus simple, et le plus efficace, à condition qu'il soit bien pratiqué. Il joue un rôle protecteur par plusieurs mécanismes. Il permet en premier lieu de lutter contre la plaque dentaire par phénomène mécanique, avec élimination de la plaque dentaire ; et en deuxième lieu d'appliquer de façon efficace le fluor du dentifrice sur l'émail. (2,8,16)

Les recommandations de l'AFSSAPS de 2008 sont précises. Chez les nourrissons sans dents, le brossage n'est pas indiqué. Dès l'apparition des premières dents, c'est-à-dire aux environs de 6 mois, le brossage doit être initié et réalisé par les parents. Il doit alors être quotidien, avec utilisation d'un dentifrice fluoré à moins de 500ppm. De 3 à 6 ans, le brossage doit être assisté et/ou réalisé par les parents. Il doit être biquotidien et utiliser un dentifrice fluoré à 500ppm, permettant de s'assurer de la bonne protection de la denture temporaire. Au-delà de 6 ans, trois brossages par jour sont recommandés en France, c'est-à-dire après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500ppm. Les recommandations en termes de brossage de dents ne sont pas affectées par le niveau de risque de caries de l'enfant. (8)

L'UFSBD a cependant émis de nouvelles recommandations en Novembre 2013, indiquant : de la première dent à 2 ans, 1 brossage par jour à l'eau ; de 2 ans à 3 ans, 1 brossage par jour avec début d'utilisation d'un dentifrice adapté à l'âge ; de 3 à 8 ans, 2 brossages par jour ; à partir de 6 ans, 2 brossages par jour selon la technique « BROS » (Brossage en haut et en bas, Rouleau ou mouvement rotatif, Oblique à 45° sur la gencive, Suivant un trajet pour faire le tour de toute la dentition). (23) Ces recommandations

s'alignent sur celles de la plupart des pays Européens (24), et soulignent l'importance d'une bonne technique de brossage afin de limiter les risques d'abrasion dentaire cervicale. (Annexe 2)

L'accompagnement au brossage par les parents, en plus de s'assurer de la bonne qualité et durée du brossage, permet également de limiter l'ingestion de dentifrice. La quantité de dentifrice à appliquer sur la brosse à dents doit être l'équivalent d'un petit pois. (2,8,24)

L'utilisation des brosses à dents électriques n'a pas montré d'effets négatifs sur la dentition. Les études ont démontré que leur utilisation pour une durée supérieure à trois mois permet de diminuer de 7% la plaque dentaire et de 17% les gingivites par rapport au brossage manuel. (24,25)

2.2.3. Bains de bouche fluorés

Les bains de bouche fluorés sont un complément au brossage des dents. Ils ne peuvent être utilisés que par les enfants capables de recracher, sous peine d'être exposés à un plus haut risque de fluorose en cas d'ingestion. En pratique, on ne réserve les bains de bouche fluorés qu'aux enfants de plus de 6 ans présentant un haut risque carieux, en complément potentiel des autres mesures de prévention. (8)

2.2.4. Thérapeutiques topiques à usage professionnel

Les vernis et gels fluorés sont les principales thérapeutiques topiques après les dentifrices fluorés. Leur usage est réservé à l'appréciation du chirurgien-dentiste, qui jugera de l'indication et de l'utilité de l'application du produit. Leur fréquence d'application est de 3 à 6 mois, et leur indication doit être systématiquement réévaluée par le dentiste.

L'indication concerne les enfants à haut risque carieux, dès l'apparition des premières dents, à tous âges, en compléments des autres mesures préventives. Les enfants handicapés bénéficient largement de ce type de fluoroprophyllaxie. La pose de vernis n'est pas remboursée par l'assurance maladie. Les gels fluorés à 20.000ppm sont remboursés à 35%. (2,8,9)

2.2.5. Scellement de sillons

Les sillons de l'émail sont de taille inférieure à celle des brins de la brosse à dents. L'élimination bactérienne par le brossage est donc impossible dans ce contexte. Le scellement des sillons consiste en l'application d'un matériau adhésif fluide par un dentiste, permettant de combler ces sillons, et de limiter l'adhésion de la plaque bactérienne. Les dentistes pratiquent largement cette technique sur l'ensemble de la dentition, bien que l'indication officielle ne concerne que les premières et deuxième molaires permanentes, chez les enfants de moins de 14 ans à haut risque carieux. Dans les indications officielles, l'assurance maladie rembourse cet acte à raison de 70%, une seule fois par enfant. (2,9)

2.2.6. Fluor systémique

Le fluor existe sous forme de comprimés ou de solutions buvables, afin de permettre une action par voie systémique. Il n'est alors indiqué que chez les enfants à haut risque carieux, dès l'apparition des premières dents, soit à environ 6 mois. (8)

Le fluor par voie systémique est efficace durant la phase de minéralisation dentaire, qui se termine à l'âge de 7 à 8 ans. Il s'associe au calcium pour former la fluoroapatite, qui s'incorpore à l'émail et à la dentine. La fluoroapatite est plus résistante que l'hydroxyapatite habituellement en jeu dans le processus de minéralisation dentaire, permettant de diminuer significativement le risque de caries dentaires. La reminéralisation de l'émail imprégné de fluor est aussi plus rapide après exposition à un pH bas. (16)

La prescription de fluor par voie systémique est soumise à certaines contre-indications liées aux apports quotidiens, dont le bilan doit être un préalable systématique. Le fluor per-os ne doit pas être prescrit si l'eau consommée a une teneur en fluor supérieure à 0,3mg/L, si la famille utilise un sel de table fluoré, ou si les apports sont supérieurs à la posologie recommandée. (8)

La posologie recommandée est de 0,05mg/kg/jour de fluor, sans dépasser 1mg/jour tous apports confondus, d'où la nécessité d'avoir conduit un bilan précis des apports. Au-delà de cette posologie, le risque de fluorose augmente et devient supérieur aux bénéfices escomptés. Avant l'âge de 3 ans, l'administration du traitement doit être répartie en deux prises. Ensuite, une seule prise quotidienne est indiquée. (8,16)

L'autorisation de mise sur le marché de la plupart des traitements systémiques à base fluorure de sodium concerne les enfants de 0 à 12 ans. Le remboursement de ces produits par l'assurance maladie s'élève à 30%.

2.3. Récapitulatif des recommandations

Outre le brossage des dents, l'AFSSAPS recommande une évaluation annuelle du risque carieux par un odontologiste, ainsi qu'un brossage des dents adapté à l'âge de l'enfant.

Chez l'enfant à haut risque carieux, l'évaluation odontologique doit être biannuelle. Au cours de ces évaluations, le dentiste peut poser l'indication d'appliquer un vernis ou un gel fluoré. Les mesures de brossages sont les mêmes, avec pour seule nuance la possibilité pour les enfants de plus de 10 ans d'utiliser des dentifrices à plus forte teneur en fluor. Ces mesures sont associées à la prescription de fluor par voie systémique, après réalisation d'un bilan précis des apports fluorés, et après avoir éliminé les contre-indications précédemment citées. (8,9)

L'ensemble de ces recommandations est résumé dans un tableau récapitulatif établi par l'AFSSAPS. (Annexe 1)

L'UFSBD propose quelques modifications, notamment d'initier les visites dentaires à 1 an, puis tous les ans. C'est ensuite au dentiste d'adapter la fréquence des consultations dentaires en fonction du niveau de risque carieux. (23)

Les recommandations Européennes recourent dans les grands axes les recommandations Françaises. Elles reviennent sur la fluoration de l'eau et du sel de table, soulignant leurs effets bénéfiques sur la prévention de la carie dentaire. Les autorités Françaises commencent à envisager cette possibilité, jusqu'alors impossible du fait de l'intention de conserver une certaine liberté de consommation. (2,26)

2.4. Bilan des apports fluorés

Le bilan des apports fluorés doit être établi au préalable de toute prescription de thérapeutiques fluorées par voie systémique. Ce bilan nécessite de connaître les différentes sources de fluor. (8)

La plus grande source d'apports pour un enfant réside dans l'eau qu'il consomme. Les concentrations en fluor des eaux sont très variables selon leurs sources, qu'elles soient minérales ou issues des réseaux communaux. Elles sont notamment fonction du pH, de la teneur en autres électrolytes, de la porosité et de l'acidité des roches et des sols, de la température, de la profondeur des puits de recueil, etc. La teneur en fluor des eaux minérales est indiquée sur l'étiquette des bouteilles. Quant à la teneur en fluor des eaux de ville, elle peut être obtenue auprès de l'ARS ou de la mairie de la commune, et sur les factures d'eau. En France, la plupart des eaux communales ont une teneur en fluor inférieure à 0,3mg/L (Annexe 3). La contre-indication consistant à ne pas administrer de fluor systémique si la teneur de l'eau consommée est supérieure à 0,3mg/L n'est pas applicable dans la plupart des régions Françaises. (4,11,17,27,28)

Les aliments contiennent peu de fluor, avec une teneur moyenne comprise entre 0,2 et 0,3ppm. Seules deux catégories d'aliments font exception : le thé, avec une teneur comprise entre 75 et 100ppm ; et les produits de la mer, dont la teneur est comprise entre 5 et 15ppm. (17,28) L'utilisation familiale d'un sel de table fluoré est également à prendre en considération, apportant en moyenne 0,12mg/repas, et contre-indique la prescription de compléments fluorés par voie systémiques. (4,8,17)

L'administration de compléments fluorés systémiques doit faire partie du bilan des apports quotidiens, afin de réévaluer la posologie proposée. Le calcul est aisé, à partir de la concentration de chaque comprimé ou goutte de la spécialité proposée. Il est toutefois nécessaire de s'assurer qu'il n'y ait pas de malobservance par les parents. (2,4,17)

Les topiques fluorés appliqués par les dentistes ne rentrent pas dans le bilan des apports du fait de l'absence d'ingestion de ces produits, ou en très faibles quantités. Le dentifrice, quant à lui, est une source de fluor non négligeable chez les enfants, du fait de l'ingestion involontaire due à l'immaturation du réflexe de déglutition et à la difficulté à recracher. La concentration en fluor du dentifrice doit alors être prise en compte, et corrélée à la quantité de dentifrice posée sur la brosse à dents. La quantité de dentifrice ingérée est estimée en fonction de l'âge de l'enfant. L'ensemble de ces paramètres est à multiplier par le nombre de brossages quotidiens. (4,8,29)

Afin d'aider à la réalisation de ce bilan, l'UFSBD propose une fiche d'aide au calcul des apports en fluor. (Annexe 4) Cette fiche prend en compte l'ensemble des sources significatives de fluor, sous forme d'une grille pré-remplie, à compléter. Les formules de calcul y sont intégrées. (4)

Afin de faciliter le calcul et de l'optimiser aux départements du Var et des Alpes-Maritimes, une thèse, conduite en 2010, a conçu un logiciel sous forme de page web permettant de renseigner directement les paramètres requis, et calculant automatiquement les prescriptions fluorées systémiques en fonction des recommandations. Ce logiciel comme la fiche de l'UFSBD doivent être utilisés après avoir établi le risque carieux de l'enfant, et réservés aux enfants à haut risque, en accord avec les recommandations. (2,8,17)

3. Etat des lieux de la prévention dentaire en France

3.1. Politiques de prévention existantes

Il existe en France un plan de prévention buccodentaire, fondé en 2005. Ce plan regroupe un ensemble de mesures pour une amélioration globale de l'état buccodentaire en France. Concernant la carie, il a pour objectif principal la réduction de 30% de l'indice carieux des enfants de 6 à 12 ans sur cinq ans. (2,30)

La principale mesure est la mise en place d'une campagne baptisée « M'T dents », initiée en 2007, et reconduite en 2009. Cette campagne consiste en la diffusion d'informations via différents médias, comme des spots TV, radio, internet. Elle assure la promotion, via l'envoi postal d'un formulaire nominatif, d'un examen bucco-dentaire à 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans. Cet examen est obligatoire à 6 ans et à 12 ans. Il est assuré par un dentiste, et est pris en charge à 100% par l'assurance maladie, ainsi que l'ensemble des soins dentaires des 6 mois suivants, hormis soins d'orthodontie et de prothèses. Le tiers-payant est applicable aux examens bucco-dentaires obligatoires, c'est-à-dire à 6 ans et 12 ans. L'examen bucco-dentaire a été intégré dans la convention des chirurgiens-dentistes. (2,30,31)

D'autres mesures rentrent dans le cadre du plan de prévention bucco-dentaire. Des séances d'informations sont introduites dans les classes de CP et de 6^{ème}. Des campagnes d'information sont également menées auprès des professionnels de santé, mais ne sont pas décrites précisément, ni par l'assurance maladie, ni par les autorités nationales de santé. (2,30) D'autres actions sont en cours d'expérimentation, et sont menées dans diverses régions.

3.2. Pratiques des patients et recours aux soins dentaires

Le respect des règles hygiéno-diététiques est encore trop faible en France. (2,32) Le brossage des dents est rarement pratiqué trois fois par jour, le brossage du midi restant marginal. 43% des enfants seulement se brossent les dents au moins deux fois par jour.

Les premiers brossages de dents des enfants sont souvent initiés plus tard que ce que prévoient les recommandations, du fait d'un manque d'informations. 72% des parents pensent que les brossages doivent commencer entre deux et trois ans, tandis que les recommandations évoquent l'âge de 6 mois, dès l'apparition de la première dent. 13% des parents seulement commencent avant l'âge de deux ans. 99% des enfants disposent d'une brosse à dents personnelle.

Les consultations dentaires sont trop peu fréquentes avant l'âge de 5 ans. Seuls 34% des enfants de 2 à 5 ans ont déjà consulté un dentiste. Les recommandations conseillent pourtant une consultation annuelle, voire biannuelle en cas de facteurs de risque de caries, dès l'apparition de la première dent, vers 6 mois. Ces données peuvent être corrélées à un manque d'informations sur le sujet, et à une rareté de consultations dentaires à but préventif. La première préoccupation des parents en termes de soins buccodentaires est représentée par l'orthodontie. Ce dernier motif représente 23% des interrogations parentales, contre seulement 9% de questions concernant les caries dentaires. (2,32)

En moyenne selon les études, 9,5% des patients renonçaient en 2000 aux soins de santé pour des raisons financières, avec un accroissement à 14% en 2006. Les problèmes financiers ne sont pourtant pas le premier motif de non-consultation dentaire. Les patients ne consultant pas de dentiste sont le plus souvent ceux ne percevant pas la gravité et l'importance de la prise en charge dentaire. C'est le cas pour 21% des patients ne consultant pas leur dentiste. Cela constitue un témoin du manque d'informations dans le domaine des soins bucco-dentaires. Cependant, les patients bénéficient en moyenne de 1,8 consultations dentaires par an. Les caries, lorsqu'elles sont diagnostiquées et connues des parents, sont traitées dans 88% des cas. (2,33)

Les études mettent l'accent sur les disparités de recours à des soins bucco-dentaires en fonction des classes sociales. L'ouvrier a, en moyenne, 2,5 fois moins de chances d'avoir consulté un dentiste dans les douze derniers mois qu'un cadre. De même, l'absence de complémentaire santé, l'habitation dans les départements d'Outre-Mer, l'appartenance à une famille monoparentale, sont des facteurs de risque de faible recours aux soins dentaires. (6)

L'indice CAO correspond au nombre moyen par personne de dents cariées, absentes pour cause de caries, ou obturées. Son évolution a été favorable depuis 1987, quels que soient les âges des enfants. À 12 ans notamment, l'indice CAO était de 4,20 en 1987, de 1,94 en 1998, et de 1,23 en 2006. (10) Pour les autres âges, l'évolution se fait dans les mêmes proportions. (2,8,34) Depuis 2006, le Plan National de Prévention bucco-dentaire s'est fixé pour objectif d'obtenir une réduction d'au moins 30% de l'indice carieux en cinq ans. (2,30) Les chiffres CAO depuis 2006 ne sont pas publiés au moment de la rédaction de ce document. Les études décrivent que 20 à 30% des enfant âgés de 4 à 5 ans sont porteurs d'au moins une carie non soignée, au même titre que 30 à 50% des enfants de 6 ans, 45 à 55% des enfants de 12 ans, 50 à 80% des adolescents. (2-5)

3.3. Tarifs et remboursement des soins dentaires

En 2012, la tarification de la consultation d'un chirurgien-dentiste est fixée à 23 euros. Le détartrage est coté à 28,92 euros. Le traitement d'une carie varie selon le nombre de faces atteintes. Le traitement de la carie sur une face est coté 16,87 euros ; sur deux faces, il s'élève à 28,92 euros ; et sur trois faces, la tarification atteint 40,97 euros. L'extraction d'une dent de lait est tarifée à 16,72 euros. L'extraction d'une dent permanente est cotée 33,44 euros.

L'ensemble de ces soins est remboursé à hauteur de 70% par l'assurance maladie.

1. Méthodologie de la recherche bibliographique

1.1. Bases bibliographiques

La recherche bibliographique est un préalable indispensable à toute étude. La littérature primaire a été recherchée à l'aide de plusieurs bases de données et méta-moteurs de recherche :

- le site de l'US National Library of Medicine, PubMed ;
- le méta-moteur du CHU de Rouen, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française, Doc'CISMEF ;
- la bibliothèque Cochrane ;
- le site de Elsevier, Science direct ;
- la Banque de Données en Santé Publique, BDSP ;
- Bibliothèque Universitaire ;

La recherche a été complétée par l'utilisation de moteurs de recherche :

- Google ;
- Google Scholar ;

Les documents des organisations officielles Françaises suivantes ont été recherchés et utilisés :

- La Haute Autorité de Santé, HAS ;
- L'Agence Nationale de sécurité du Médicament, ANSM, ancienne Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, AFSSAPS ;
- L'assurance maladie, et son site Ameli.fr ;
- L'Union Française de Santé Bucco-Dentaire, UFSBD ;
- Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES ;

La recherche de documentation dans les revues suivante a également été menée :

- Revue *Prescrire* ;
- *La Revue du Praticien* ;
- Revue *Exercer*.

1.2. Mots-clés

La recherche bibliographique a été menée par l'utilisation de nombreux mots-clés en fonction du thème étudié. Les mots-clés Français utilisés ont été les suivants : carie dentaire, prévention, évaluation, prescription, médecin généraliste, médecine générale, fluor, épidémiologie, complications, économie, santé, physiopathologie, recommandations.

La traduction vers les termes MeSH utilisés par la base de données PubMed s'est faite avec l'aide de l'outil CISMEF du CHU de Rouen. Les termes MeSH ont ensuite été inclus et vérifiés dans le moteur de recherche avancé de PubMed. Les termes MeSH utilisés étaient les suivants : dental caries, prevention, evaluation, prescriptions, general practice, general practitioners, fluorine, fluoride, fluoridation, epidemiology, complications, economics, health, physiopathology, practice guideline.

Ces mots-clés ont été organisés entre eux avec l'aide d'opérateurs booléens, afin d'intégrer les synonymes des termes, et de ne sélectionner que les thèmes d'étude désirés.

1.3. Gestion de la bibliographie

Les documents et articles jugés intéressants ont été téléchargés au format adobe pdf, et ont été rassemblés au sein du logiciel Mendeley. Les fichiers ont été répartis par catégories, et leurs informations de publications ont été éventuellement corrigées. La bibliographie a ensuite été automatiquement intégrée dans le document Word de la thèse, au format Vancouver.

2. Caractéristiques de l'étude

L'étude recherche les éléments déterminant la prise en charge préventive de la carie dentaire par les médecins généralistes, à savoir les facteurs facilitants et les difficultés qu'ils pourraient rencontrer pour parvenir à une prise en charge efficace. L'objectif n'est pas de quantifier ces facteurs ou l'efficacité des médecins, mais de mettre l'accent sur les domaines perfectibles ou à promouvoir, en interrogeant directement les intervenants concernés. (35,36)

Il s'agit d'une étude qualitative, inductive, descriptive, par entretiens individuels semi-dirigés, menés auprès de médecins généralistes. (36,37)

3. Population étudiée

3.1. Critères d'inclusion

Seuls les médecins généralistes correspondant aux critères d'inclusion suivants pouvaient participer à l'étude :

- Titulaire d'un doctorat en médecine générale ;

- Actuellement en exercice ;
- Exercice libéral ;
- Consultant les populations pédiatriques ;

3.2. Critères d'exclusion

Les médecins généralistes correspondant à au moins un de ces critères ne pouvaient pas participer à l'étude :

- Médecin généraliste retraité ;
- Exercice salarié de la médecine ;
- Exercice exclusivement hospitalier ou en clinique ;
- Ne consultant pas les populations pédiatriques ;

3.3. Recrutement

Les médecins interrogés ont été recrutés de manière aléatoire suivant la méthode des quotas. Cette méthode a été choisie afin de balayer le plus grand nombre de caractéristiques, ou 'attributs', différents, et d'obtenir ainsi un échantillon varié et diversifié.

Pour plusieurs villes et villages du Var et des Alpes-Maritimes, une sélection de médecins généralistes était recherchée sur l'annuaire. Parmi ces médecins, un tirage au sort était pratiqué, puis les personnes désignées étaient contactées par téléphone. (35,36)

La demande téléphonique proposait aux médecins de participer à une étude dans le cadre d'une thèse d'exercice en vue d'obtenir le diplôme d'état de Docteur en Médecine, concernant la prévention dans le domaine pédiatrique en général, afin de ne pas dévoiler à l'avance le sujet exact et d'éviter toute anticipation des réponses, et afin de s'assurer qu'ils comptaient bien une population pédiatrique dans leur patientèle. Il a également été précisé au cours du recrutement téléphonique que les entretiens seraient enregistrés, et qu'ils dureraient au moins 30 minutes.

Après acceptation de leur part, un rendez-vous était fixé à leur cabinet médical, la date et l'heure étant établies à leur convenance.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée avant de mener les entretiens. Le recrutement de nouveaux cas s'est poursuivi jusqu'à saturation des données. La saturation des données est définie comme l'absence de survenue de nouveau concept ou de nouvelle idée au cours des derniers entretiens menés. Elle est obtenue, en moyenne, après 12 entretiens semi-dirigés. Une marge de trois entretiens complémentaires après saturation a été prévue avant de débiter les entretiens. (35,36,38,39)

4. Méthodologie des entretiens

4.1. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien était établi par l'investigateur, préalablement à la réalisation des entretiens. Les thèmes suivants ont été inclus dans le guide d'entretien : recherche de l'intérêt porté à la prévention dentaire ; étude de la patientèle du médecin interrogé ; évaluation des connaissances dans le domaine de la prévention dentaire et de la prescription fluorée ; recueil de l'avis des médecins sur les recommandations officielles existantes (Annexe 5).

L'étude ayant été menée de manière inductive, et l'analyse des données menée dans le même temps que les entretiens, le canevas d'entretien a été modifié à plusieurs reprises afin d'améliorer la formulation et l'organisation logique des questions, et de cibler certaines informations paraissant importantes. (37,38)

Avant l'utilisation de chaque guide d'entretien, ce dernier était testé et soumis à l'avis des directeurs de thèse, et d'un médecin généraliste volontaire.

4.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient dans les cabinets médicaux des médecins interrogés, dans le cadre d'un rendez-vous fixé au minimum à 30 minutes.

En début de séance, la question de l'enregistrement audio était à nouveau posée, et l'entretien ne pouvait débuter qu'après acceptation du praticien. Le principe d'anonymat a été rappelé au début de chaque interview, et la garantie de protection des données a été assurée aux médecins interrogés, en conformité avec les directives de la CNIL. (40,41)

Les enregistrements audio ont été réalisés au moyen d'un smartphone Apple iPhone 4S, disposant d'un logiciel dédié à l'enregistrement audio et à l'annotation des fichiers enregistrés. La qualité sonore était fixée sur le maximum, afin de garantir la meilleure fiabilité de retranscription du verbatim.

Les entretiens se sont déroulés avec l'appui d'un canevas préalablement établi, permettant d'aborder les thèmes ciblés par l'étude. Durant l'interview, les comportements et émotions des médecins étaient notés, accompagnés de l'horaire exact retrouvé sur l'enregistreur audio. Cela a permis par la suite d'intégrer au verbatim l'ensemble de la communication non-verbale.

Aucune compensation, financière ou d'autre nature, n'a été proposée aux participants, afin de garantir l'absence de conflits d'intérêt et l'absence de faux témoignages.

5. Analyse des données

5.1. Retranscription des entretiens

Dans les sept jours suivant chaque entretien, la retranscription du verbatim a été entreprise, suivie par le codage des données.

Le verbatim a été retranscrit manuellement dans son intégralité, mot à mot, y compris les onomatopées. Des didascalies, traduisant la communication non verbale des personnes interrogées, ont été intégrées au texte, et placées entre crochets. Chaque entretien était retranscrit indépendamment sous la forme d'un fichier Microsoft Word. Aucun logiciel de retranscription automatique n'a été utilisé, afin de garantir l'exactitude des données. Un codage couleur a été utilisé, permettant de mettre en évidence les questions de l'intervieweur et les réponses des sujets interrogés. L'anonymisation a été garantie, pour chaque interviewé, par l'attribution d'un numéro identifiant unique, fonction de son ordre de passage.

5.2. Codage du verbatim

L'ensemble des verbatims a ensuite été inclus dans le logiciel NVivo, édité par QSR International. Ce logiciel permet d'effectuer le codage des données, c'est-à-dire de catégoriser chaque concept et idée retrouvée, et de les classer suivant un arbre thématique. Les données, ainsi classées par thématiques, étaient ainsi rassemblées, pouvaient facilement être corrélées entre elles, et garantissaient un bon niveau d'inférence. Le codage des éléments dans les sept jours a permis de réaliser une analyse des données au fur et à mesure, et ainsi de rechercher de nouveaux concepts via la retouche du canevas d'entretien. (42)

Le codage a été réalisé en parallèle par un autre intervenant, spécialiste en études qualitatives, de manière indépendante, après anonymisation des verbatims, permettant de garantir une bonne qualité de codage et l'objectivité de l'analyse. Le codage a été validé par les directeurs de la thèse au fur et à mesure de son avancement.

5.3. Analyse thématique

La lecture itérative du verbatim, suivie du codage axial des données, a permis de procéder à une analyse thématique transversale. Les nœuds codés ont été regroupés en thèmes étant en accord avec les éléments recherchés, c'est-à-dire en accord avec la problématique de l'étude. Ces thèmes, ainsi que les sous-parties les constituant, ont été présentés dans la section résultats. L'ensemble des éléments décrits ont été appuyés par des citations et des exemples, tirés directement et sans modifications du verbatim. (37,42)

5.4. Analyse statistique

Les données sociodémographiques recueillies ont été incluses dans un tableur Excel. Elles sont représentées notamment par l'âge des médecins interrogés, leur sexe, leur ville et département d'exercice, leur conventionnement, leur proximité par rapport à un pédiatre, à une PMI, un hôpital. Cela a permis

d'assurer la diversité de l'échantillon de médecins interrogés, et donc de permettre le recueil d'un éventail plus large d'opinions, de pratiques, et d'informations.

Le niveau d'inférence a été mis en évidence par la recherche du nombre d'occurrences des informations rencontrées. Des taux d'occurrences ont été calculés directement depuis le logiciel NVivo, et confirmés par le remplissage d'un nouveau tableau Excel.

Les calculs statistiques ont été effectués via les fonctions et les opérateurs intégrés au logiciel Excel. Les graphiques ont également été générés et mis en forme par le logiciel précité.

1. Caractéristiques de l'étude

1.1. Caractéristiques des entretiens

Le recrutement s'est déroulé du 19 novembre 2013 au 24 Mars 2014. Au cours du recrutement, 52 médecins ont été contactés par téléphone. Parmi eux, 15 médecins ont accepté, et ont été inclus dans l'étude. Tous les médecins recrutés ont déclaré par téléphone assurer le suivi de populations pédiatrique, au moins partiellement. Tous ont accepté l'enregistrement audio des entretiens.

Les refus d'entretiens étaient motivés par le manque de temps et par le défaut de prise en charge des populations pédiatriques.

Les entretiens se sont principalement déroulés le soir, après fermeture du cabinet des médecins interrogés. Cela était le cas pour neuf d'entre eux. Deux des médecins ont préféré que l'entretien soit mené le matin avant l'ouverture de leur cabinet. Enfin, quatre médecins ont demandé à ce que l'entretien soit mené pendant les horaires d'ouverture de consultation, en début d'après-midi.

La durée des entretiens s'est échelonnée de 25 minutes et 53 secondes, à 56 minutes et 3 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 36 minutes et 2 secondes.

Le canevas a été modifié à plusieurs reprises, afin de s'adapter aux éléments retrouvés dans les entretiens. La chronologie des entretiens et des modifications de canevas est renseignée en annexe. (Annexe 6)

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins interrogés avaient entre 29 ans et 61 ans. La moyenne d'âge était de 45,6 ans. La médiane d'âge était de 45 ans.

Neuf étaient des hommes, soient 60%, et six étaient des femmes, soient 40%.

Onze étaient en conventionnement secteur 1, soient 73%. Quatre étaient en conventionnement secteur 2, soient 27%. Aucun des médecins interrogés n'était déconventionné.

Huit exerçaient en milieu citadin, soient 53%. Sept exerçaient en milieu rural, soient 47%. Sur les huit citadins, sept étaient conventionnés secteur 1. Sur les sept ruraux, quatre étaient en secteur 1.

Tous les médecins interrogés bénéficiaient de la proximité d'un dentiste. La quasi-totalité des médecins interrogés bénéficiaient de la proximité d'un pédiatre, sauf pour deux d'entre eux.

Neuf médecins consultaient sur rendez-vous, pour huit médecins sans rendez-vous.

2. L'offre de prévention dentaire prodiguée par les généralistes

2.1. Qualité de l'offre de prévention dentaire

Si l'on définit la prévention de la carie dentaire par la recherche de facteurs de risque de caries, la recherche de caries durant l'examen, l'éducation thérapeutique et la prescription de traitements et recommandations préventives, rares sont les médecins interrogés qui s'en préoccupent.

Cette tendance à délaissier la prévention dentaire a été expliquée de plusieurs façons par les médecins généralistes interrogés.

2.2. Obstacles liés aux praticiens

2.2.1. Le manque de temps, pour une charge de travail importante

Le manque de temps est la première raison invoquée par les médecins généralistes interrogés pour justifier le défaut de prise en charge préventive de la carie au cours des consultations de médecine générale.

« On n'a plus le temps ! On n'a plus le temps... Franchement, c'est très triste mais on est très limité. »

Installé en ville ici, c'est un manque de temps permanent.

La plupart des médecins interrogés se disent limités par le temps dans leur pratique quotidienne de la médecine générale, et de fait ne pas pouvoir assurer certaines prises en charge. La prévention en général est délaissée, au profit des motifs de consultation donnés par les patients. La prévention de la carie dentaire n'échappe pas à la règle. Les médecins interrogés se disent pourtant ouverts à assurer pleinement leur rôle de prévention.

« On devrait faire tellement plus de choses. »

« Oui ! ça ne m'embêterait pas de le faire, si j'avais le temps. »

Ils considèrent que le nombre de tâches qui leur incombent croissent chaque jour, et que le nombre trop élevé de missions attribuées aux médecins généralistes leur font délaissier certains éléments importants de la prise en charge.

« Vous imaginez le nombre de trucs qu'on doit faire ? »

« On ne peut pas tout faire. Moi je crois qu'on ne peut pas tout faire. Déjà si on arrive à ce que les gamins soient vaccinés on est content. C'est déjà un gros travail. »

Les plaintes concernent le manque de temps au cours des consultations, mais aussi concernant la formation continue. Les médecins se sentent contraints de délaissier le thème de la santé buccale pour se former à des sujets qu'ils jugent plus importants pour leur pratique quotidienne.

« Moi je fais de la médecine générale qui va du bébé jusqu'au petit vieux, j'ai déjà du mal à répondre au téléphone ; si en plus je dois essayer de me renseigner de savoir ce que je dois dire en plus sur la carie dentaire, sur la prévention de la carie, non, non. »

2.2.2. La prévention inappropriée par rapport aux demandes des patients

Parler de prévention dentaire paraît inapproprié au cours des consultations à visée curative, généralement attendues par les patients. Les consultations sont le plus souvent consacrées à d'autres motifs, et la prévention n'est que rarement sollicitée par les parents. Selon les médecins interrogés, les parents jugeraient la prévention en général comme une tâche qui incomberait aux pédiatres, plutôt qu'aux médecins généralistes.

« Il y a d'autres préoccupations en médecine générale, et que les mamans vont lui poser des tas d'autres questions que celle-ci. »

« Il y a encore 15 ans, je voyais des enfants au mois d'aout avant la rentrée des classes. Je les pesais, je les regardais, je leur regardais le dos, je regardais si ils avaient une semelle, etc. aujourd'hui c'est beaucoup moins. Ça arrive quand même heureusement, qu'ils disent 'voilà on voudrait que vous la regardiez'. mais ça, ça se fait plus chez le pédiatre que chez le généraliste. Forcément. »

« Pour les médecins, c'est un sujet qui ne fait pas partie de leur priorités médicales. »

2.2.3. Patientèle estimée à faible risque de caries

Parmi les médecins ne faisant pas de prévention dentaire, une minorité se justifie par le faible niveau de risque de leur patientèle. Aucun des médecins interrogés n'a eu connaissance des critères de risque établis par l'AFSSAPS et la HAS mais ils sont tous capables de citer quelques facteurs de risque, de manière non exhaustive.

Certains médecins exerçant en ville considèrent que leur patientèle serait différente s'ils exerçaient à la campagne. Pourtant, en milieu rural, des médecins considèrent également leur patientèle comme privilégiée, et ainsi à faible risque de carie dentaire. Le cadre social semble prédominer dans les dires des médecins interrogés pour justifier le niveau de risque de leur patientèle, les autres facteurs de risque n'étant pas évoqués.

« Je ne peux pas dire que dans ma patientèle j'aie vraiment des gens avec des gros risques de carie. »

« Mais tous les enfants sont les mêmes, hein, ici. Moi je suis pas à la campagne, j'ai pas des enfants qui sont en manque, carenciels en quoi que ce soit. »

« Mes enfants ils sont plutôt nickels, globalement ils ne sont pas trop mal. Mais je pense que ça tient vraiment au contexte socioculturel qu'il y a ici. »

Un seul des médecins exerçant en milieu plutôt défavorisé s'assure de la prévention dentaire.

2.2.4. Désintérêt des médecins pour la prévention dentaire

Plus du tiers médecins interrogés se disent désintéressés par le sujet. Les autres n'ont pas évoqué l'intérêt comme déterminant de leur prise en charge buccodentaire.

« C'est un sujet qui ne passionne pas forcément les médecins ! »

« Ce ne sont pas des problèmes qui m'intéressent beaucoup. »

En milieu rural, un nombre important de médecins se sont dits peu intéressés par le sujet, bien qu'ils considèrent leur patientelle comme à risque de caries.

Un élément notable est le fait qu'aucun médecin n'ait rapporté de lien entre le désintérêt et le manque de temps. Les médecins ne semblent donc pas contraints de sélectionner leurs centres d'intérêt en fonction du temps qu'ils ont.

L'intérêt des médecins pour les caries semble souffrir d'un manque d'information, et surtout de formation. La formation initiale est incriminée, et considérée comme indispensable pour susciter un intérêt d'emblée. La formation continue, pour certains médecins interrogés, semble ne pas suffire à créer un intérêt et à faire du même coup changer les pratiques des praticiens les plus âgés.

« C'est vrai que je connaissais plutôt l'enfant à faible risque de caries. Pour ce qui est le cas des bébés, c'est vrai que je n'en ai jamais vu vraiment trop donc je découvre ; je ne me suis jamais intéressé à ça. »

« Je pense plutôt que ça sera pour les prochaines générations. Le mec de 50 ans qui fait ça depuis 25 ans je ne sais pas si tu vas vraiment le... bon il peut être sensibilisé, mais je ne sais pas si ça va changer la donne. »

Aucun lien n'a été exprimé directement entre le désintérêt et la proximité ou le rôle des autres professionnels de santé, pédiatres, dentistes, et paramédicaux. Certains médecins pensent par exemple

que c'est de leur ressort de s'assurer de la prévention dentaire, alors qu'ils disent ne pas être intéressés. À l'inverse, d'autres médecins sont intéressés par le sujet mais pensent que la tâche reviendrait à d'autres professionnels de santé.

2.2.5. Le rôle du généraliste dans la prévention dentaire

La plupart des médecins interrogés pensent que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge préventive de la carie dentaire. Pourtant, la majorité d'entre eux dit ne pas assurer cette prévention.

« Ça doit rentrer dans le rôle, effectivement. »

Plusieurs médecins ont décrit un rôle plus important des généralistes en milieu rural, évoquant un plus grand nombre d'incidents carieux.

« Ça dépend où vous êtes ! Si vous travaillez par exemple en milieu plus rural, il y aura plus de choses. »

Quelques médecins pensent au contraire que la prise en charge préventive dentaire n'est pas du ressort du médecin généraliste.

« C'est moins du rôle du généraliste. »

Cette attitude est parfois due à une vision principalement curative de la carie dentaire.

« Parce que je ne sais pas soigner une carie. »

Parmi ceux qui estiment que ce n'est pas de leur ressort, beaucoup avouent voir régulièrement des jeunes patients atteints de caries.

Les médecins en milieu citadin semblent être d'avantage favorables à s'impliquer dans la prise en charge préventive de la carie que leurs homologues ruraux.

2.2.6. Implication d'autres acteurs de santé

D'autres spécialistes sont régulièrement désignés pour assurer cette prise en charge préventive, y compris parmi les généralistes pensant que c'est leur rôle. Les dentistes sont désignés par la totalité des médecins interrogés, qui s'accordent malgré tout pour dire que le dentiste ne doit pas être un acteur exclusif, et que la pluridisciplinarité doit être assurée.

« Je pense que c'est plus le rôle du dentiste que du médecin généraliste. »

« Avec le dentiste, oui, conjointement. C'est de la prévention. »

Le dentiste a un rôle important à jouer d'après les médecins interrogés, qui déplorent cependant une faiblesse de communication, sans que l'un des deux acteurs ne soit désigné comme responsable.

« Les relations entre les médecins généralistes et les dentistes, il n'y en a pas. »

« J'ai rarement des retours du dentiste. Parce qu'en même temps ce n'est pas moi qui les envoie chez le dentiste, je leur dis mais je ne fais pas de lettre. »

Les pédiatres sont désignés comme les autres acteurs principaux de cette prévention par la plupart des généralistes interrogés. Selon eux, les pédiatres seraient d'avantage impliqués dans les mesures de prévention que les généralistes, ces derniers servant de substitut lorsque les pédiatres ne sont pas disponibles, ne traitant dans ce cadre que les pathologies aiguës. Cela rejoint le sentiment observé plus haut, qu'il est inapproprié pour les généralistes de parler de prévention dentaire alors que les demandes des parents sont autres.

« Je pense que c'est le rôle du pédiatre, parce que moi ils ne viennent pas me voir pour les vaccins, enfin c'est rare, hein, les enfants que... Ils ont pris l'habitude de la PMI ou du pédiatre. »

Les parents seraient d'avantage demandeurs d'un avis spécialisé pédiatrique pour le suivi de leurs enfants et la prévention. Les généralistes peuvent alors exprimer un certain retrait vis-à-vis de la prise en charge préventive de leur population pédiatrique.

« Il y a une espèce de snobisme mal placé, ou on va voir le pédiatre. Et puis quand le pédiatre met le répondeur à 5h et demi le vendredi on vient voir le généraliste. »

L'intérêt des pédiatres pour la prévention dentaire serait par ailleurs plus important que celui des généralistes.

« Un pédiatre peut-être ? Ils aiment bien tout ça ! Les gouttes, les trucs... »

« Et les pédiatres j'en sais rien... je pense qu'ils s'y intéressent, oui, surement. »

Aucun lien de cause à effet n'a été déclaré entre le rôle prédominant du pédiatre et le manque de temps des médecins. Cependant, la plupart des généralistes attribuant le rôle de prévention au pédiatre disent souffrir d'un manque de temps pour leur formation et leurs consultations, et d'ailleurs, aucun d'entre eux n'assure la prévention de la carie dentaire.

Le rôle de l'école et des médecins scolaires a été mis en évidence par quelques médecins interrogés, y compris pour assurer l'information des parents. Ce rôle a plutôt été souligné par les plus âgés.

« Pour moi la bonne solution ça serait que l'école fasse son travail. »

« Je dirais le médecin scolaire, aussi. »

D'autres acteurs pourraient également avoir un rôle à jouer, comme des nutritionnistes, diététiciens, ou encore des assistants dentaires, qui pourraient prendre en charge au moins une partie de la prévention dentaire. Les interviewés qui évoquent cela exercent en milieu rural, et sont conventionnés secteur 1. Ils trouvent opportun de déléguer les tâches de prévention, notamment à cause du manque de temps.

« On peut imaginer l'assistante dentaire, un paramédical qui puisse faire ça. Pourquoi ça ne revient pas aux dentistes ? Ils pourraient le faire ! Et puis si ils ne peuvent pas le faire, si l'assistante elle est formée elle peut le faire ! Non mais voilà, il faut déléguer ! Vu comment ça va en médecine générale maintenant, on ne peut pas faire ça, même si on a toute la bonne volonté du monde ; ce n'est pas possible ! »

2.2.7. Prise en charge pédiatrique par les généralistes

Lors du recrutement téléphonique, il avait été précisé que le sujet de l'étude portait sur la prévention dans le domaine pédiatrique. Malgré leur acceptation, certains des médecins interviewés ont dit ne pas assurer de suivi pédiatrique au long cours. La plupart des médecins assure occasionnellement le suivi des vaccinations, ainsi que la prise en charge l'ensemble des pathologies aiguës.

« Je vois les enfants surtout quand ils ont 40, quand ils ont de la fièvre, quand ils toussent, quand ils ont la sinusite, quand ils ont la diarrhée, mais je ne les suis pas en chronique. »

Ne voyant les enfants qu'occasionnellement, et dans le cadre de demandes bien précises des parents, la prise en charge préventive est rendue difficile. Cela rejoint le paragraphe concernant la gêne que certains généralistes peuvent ressentir à parler de prévention dentaire alors que le suivi pédiatrique est souvent irrégulier et assuré par un pédiatre.

« Les caries des enfants ? non. Non. Mais depuis qu'il y a les pédiatres de ville moi je ne vois plus d'enfants. Attention. C'est le pédiatre. »

« C'est le pédiatre qui voit l'enfant à la naissance, qui voit l'enfant... Il dit à la mère 'venez tous les mois pendant 3 ans'. Nous ils nous échappent ! Nous on voit les enfants le samedi après-midi ou quand le pédiatre est au golf ! »

Cependant, la majorité des médecins qui assurent un suivi pédiatrique régulier ne font pas de prévention non plus.

L'exercice rural ou citadin n'est pas exprimé comme en lien avec le suivi pédiatrique régulier, même lorsque le pédiatre se trouve éloigné du cabinet du généraliste. Cela semble confirmer la tendance des parents à faire assurer le suivi de leurs enfants par les pédiatres plutôt que par les généralistes, signalée plus haut.

L'âge et le sexe des médecins ne semblent pas avoir d'impact sur leurs habitudes de suivi des populations pédiatriques.

2.2.8. Examen buccodentaire

La plupart des médecins interrogés disent pratiquer un examen dentaire systématique. Ils profitent de l'examen buccal et pharyngé pour observer la dentition et dépister des pathologies dentaires.

« À partir du moment où vous faites ouvrir la bouche vous comptez les dents et vous les regardez. Ça fait partie de l'examen, de mon dossier. »

Cette tendance paraît prédominer chez les médecins plus âgés.

Les médecins qui ne regardent pas systématiquement l'état buccodentaire ne cherchent pas à justifier leur pratique, mais beaucoup d'entre eux ont exprimé un manque de temps dans leur pratique quotidienne. Certains d'entre eux pensent voir peu de caries. Ce constat peut signifier que le faible nombre d'exams buccodentaires pratiqués est à l'origine du non-diagnostic de nombreuses caries ; ou bien que les médecins ne voyant que peu de caries pensent alors qu'un examen systématique de la dentition est inutile, et donc que la rentabilité de le pratiquer est faible.

2.3. Pistes d'amélioration

2.3.1. Consultations dédiées à la prévention dentaire

Le manque de temps, la crainte d'avoir une conduite inappropriée en offrant d'autres services que ceux demandés par les patients, ont fait émerger chez certains des généralistes interrogés l'idée de mettre en place une consultation dédiée à la prévention dentaire, ou à la prévention globale chez les enfants.

« Malheureusement on pense toujours à gagner un peu de temps, et à faire les consultations plus vite. C'est pour ça, je pense qu'il est primordial de faire une consultation consacrée uniquement à la prévention. »

« Je pense qu'il vaut mieux avoir une consultation ciblée, consacrée à cette affaire ; pas forcément prévention dentaire, mais la prévention, chez les enfants et chez les adultes, ça manque à mon avis. »

Certains médecins pratiquent déjà cela, notamment en utilisant les consultations pour les vaccinations ou pour les certificats de sport. Certains médecins voudraient rendre de telles consultations obligatoires, afin de faciliter leur mise en place et leur organisation, ainsi que pour responsabiliser les patients.

« Ou alors il faut une consultation comme une consultation obligatoire pour l'enfant et on ne fait que ça. »

De nombreux médecins verraient un intérêt à organiser de telles consultations. Aucun lien n'a pu être établi entre l'âge des médecins, leur sexe, leur milieu d'exercice, et la proximité du pédiatre. De surcroît, une consultation dédiée permettrait de calculer plus rigoureusement la posologie requise en fluor systémique.

« Si maintenant faut les calculer, savoir quelle eau ils prennent etc. comme vous dites... Ou alors il faut une consultation comme une consultation obligatoire pour l'enfant et on ne fait que ça. »

Cela revient alors à sensibiliser les patients, afin que leur motif de consultation principal devienne la prévention dentaire, ou même la prévention en général. Ainsi, sur les cinq prescripteurs systématiques de fluor, quatre souhaiteraient sensibiliser les patients sur le sujet. On notera que l'intérêt d'une consultation dédiée a surtout été vu par les prescripteurs de fluor.

2.3.2. Rappeler l'intérêt de la prévention dentaire

Après un bref rappel épidémiologique et des recommandations au cours des entretiens, nombre de praticiens ont dit mieux saisir l'impact et l'intérêt de la prévention de la carie dentaire. Beaucoup d'entre eux pensent qu'ils feront alors plus attention à cela, et prendront mieux en charge les enfants qu'ils suivent sur le plan dentaire.

« En leur faisant une petite piqure de rappel avec des résultats avérés du fluor. »

« Peut-être en donnant des chiffres, pour savoir les dégâts. »

« Après votre passage je pense que je vais avoir progressé, et que du coup je vais m'intéresser au brossage des dents de mes enfants, des enfants que je suis en consultation. »

La plupart des médecins interviewés sont demandeurs d'une formation, incluant la prise en charge préventive de la carie dentaire chez les enfants, et notamment le rappel de l'intérêt de cette prévention.

3. Les patients, acteurs peu concernés

3.1. Le comportement des patients

3.1.1. Absence de demande de prévention dentaire

Aucun des médecins interrogés ne s'est dit sollicité par ses patients à propos de la prévention de la carie dentaire, et encore moins pour les questions de thérapeutiques et de règles d'hygiène de vie.

« Pas de questions, jamais. Peut-être une fois en trente-deux ans j'ai eu une maman qui m'a demandé 'est-ce qu'il y a un dentifrice meilleur qu'un autre ?'. »

« C'est rarissime qu'ils posent des questions. Dans mon exercice en tout cas. Rarissime. »

Il y a dans leur patientèle un manque d'intérêt pour la carie dentaire, et pour sa prévention. Les rares questions sur le thème dentaire posées par les parents aux généralistes sont essentiellement axées sur l'éruption dentaire, l'orthodontie, et la traumatologie dentaire. La carie ne semble être vue par les parents que comme une pathologie, à faire traiter par le dentiste une fois qu'elle est apparue, et non à prévenir avant sa survenue.

« L'âge d'éruption dentaire, essentiellement. Et c'est tout, voilà, j'ai pas trop... on ne me pose pas directement des questions ; à part l'âge d'éruption dentaire. »

« L'orthodontie. Ça c'est un peu plus grand. Souvent les grands adolescents avec les dents de sagesse. Est-ce qu'il y a la place pour les dents de sagesse. Plus tôt c'est 'est-ce que vous pensez qu'il faut de l'orthodontie ?'. »

« Après il y a bien sûr les gamins qui chutent, qui se pètent la dent : ‘est-ce que ça va repousser ?’. Voilà qui arrivent un peu comme ça ; luxées parfois : ‘est-ce que ça va tenir ?’, ‘est-ce qu’elle va tomber ?’ les trucs classiques. Après au niveau dentaire je pense que s’il y a un problème ils vont plutôt chez le dentiste. Pas pour poser des questions, mais pour soigner. Sinon j’ai spontanément assez peu de questions d’ordre dentaire. »

Les parents semblent plus attachés au côté esthétique qu’aux complications éventuelles des caries dentaires, dont ils n’ont probablement pas connaissance. Ce ressenti n’est exprimé que par quelques-uns des praticiens interviewés.

« Non ce n’est pas un problème pour eux. Ce n’est pas une maladie. Ce n’est pas la première maladie mondiale pour eux. »

3.1.2. Suivi des règles hygiéno-diététiques buccodentaires

Plus de la moitié des médecins interrogés ne recherchent jamais si les patients appliquent correctement les règles hygiéno-diététiques.

« Ça c’est très difficile à savoir. Comme je ne leur pose pas la question... »

Parmi les autres, cette recherche n’est pas systématique, mais orientée généralement par un mauvais état buccodentaire constaté lors de l’examen. Un seul médecin interrogé estime que les patients appliquent correctement les règles d’hygiène dentaire de base.

« Ah est-ce qu’ils font bien brosser les dents aux enfants ? Pas forcément non. Pas bien, je ne pense pas. Non. Mais je ne sais pas... Il m’arrive de poser la question, oui ! Quand je vois une bouche il peut m’arriver de demander est-ce que les soins dentaires sont réguliers ? Le brossage des dents ? Mais euh, pas spécialement, non. »

Enfin, plusieurs médecins, bien que conscients de leur rôle dans la surveillance de l’observance des mesures d’hygiène buccodentaire, éprouvent des difficultés à être sûrs que leurs explications soient bien respectées. Ils ont du mal à faire confiance à leurs patients quand ces derniers prétendent bien faire les choses.

« Je ne suis pas là pour vérifier si c’est appliqué, mais ils disent qu’ils surveillent. »

« Surveiller que c’est bien fait, non. C’est comme les médicaments, c’est pareil ; vous expliquez vous dites, mais après... »

Un certain laxisme est évoqué par plusieurs médecins quant au suivi des conseils prodigués par les médecins. Les parents semblent comprendre comment appliquer les règles, mais ne les appliquent pas. Les médecins évoquent ainsi le désintérêt de leurs patients pour le sujet.

« Oui bien sûr, quand on leur explique ils comprennent. Mais est-ce qu'ils appliquent ? Non. Rarement »

3.2. Les difficultés imputables aux patients

3.2.1. Le manque d'informations à visée buccodentaire destinées aux patients

Le principal facteur évoqué par les médecins pour expliquer le désintérêt des parents pour la prévention dentaire est leur méconnaissance de l'importance sur la santé d'un bon état buccodentaire, et des complications potentielles sur l'état général.

« Il y a un manque d'information... »

Les généralistes expriment des contraintes pour délivrer cette information, et pensent que d'autres intervenants devraient alors relayer cette information, en particulier l'école, et dans les campagnes médiatiques.

Pour certains médecins, la médecine scolaire joue correctement son rôle, en faisant notamment participer des intervenants extérieurs, comme des dentistes. Pour d'autres médecins, le rôle de l'école devrait être plus important et renforcé, devant même aller jusqu'à instruire de façon plus directe les parents.

« Aujourd'hui vous allez à l'école primaire il y a quand même des dentistes qui passent montrer aux enfants comment on se brosse les dents. »

« Pour moi la bonne solution ça serait que l'école fasse son travail. [...] A la limite leur demander de se laver les dents en arrivant à l'école. C'est faisable ! »

« Il faudrait arriver à ce que les parents rentrent à l'école. »

Les campagnes d'information, et notamment le programme M'T'dents, sont jugés trop peu visibles et trop peu connues du grand public, selon les médecins interrogés. Selon eux, les supports télévisuels, les journaux et la radio ne diffusent que trop rarement des campagnes de prévention de la carie.

« Des campagnes d'information ? Ça ne me dit rien... »

« Au lieu de passer des conneries à la télé, là, à huit heures moins cinq. Qu'ils fassent tous les jours une prévention. »

Les patients se rabattent alors parfois sur des sources dont la fiabilité n'est pas garantie, en particulier internet, ou encore des idées reçues transmises par l'entourage ou des professionnels non habilités à traiter les pathologies dentaires.

« Aujourd'hui il faut lutter contre tout ce qu'on trouve sur internet, ce que l'ostéopathe a dit, ce que l'étiopathe a dit, ce que l'acupuncteur a dit, ce que la femme de ménage a dit et ce que le voisin de palier a dit. »

Si le manque d'informations porte sur l'épidémiologie, les complications, et l'application des règles hygiéno-diététiques, il porte également sur les tarifs des consultations dentaires. Beaucoup de patients auraient peur du prix des consultations dentaires, et de ne pas être remboursés. Un nombre non négligeable de patients renonceraient ainsi à consulter leur dentiste, jusqu'à un stade avancé de pathologies dentaires. Seules les consultations dentaires obligatoires et remboursées avec application du tiers payant seraient alors usitées par certains patients. Encore faut-il qu'ils connaissent ces dispositions, ce qui est rarement le cas.

« Des fois c'est catastrophiques, mais les gens viennent vous voir et disent 'oui mais j'ai pas d'argent'. Oui, mais ça c'est remboursé. »

3.2.2. Parents et école : obstacles à l'application des règles d'hygiène buccale

Les professionnels interrogés décrivent un effet parents-enfants. Un enfant appliquera moins bien les mesures qu'on peut lui enseigner si ses parents n'ont pas eux-mêmes une bonne hygiène dentaire. Les médecins interrogés qui pensent cela exercent plutôt en milieu défavorisé, et ils considèrent leur patientèle comme à haut risque de carie dentaire.

« Déjà si les papas et mamans ne se lavent pas les dents après le repas... En général ils sont indisciplinés. Parmi mes patients adultes, j'en ai quand même beaucoup qui ont des dents en mauvais état, des gens qui se lavent pas les dents aussi souvent qu'il le faudrait. »

Les parents montreraient aussi le mauvais exemple à leurs enfants, en consommant des boissons sucrées, des bonbons, et ne se laveraient pas correctement les dents. Le laxisme des parents est exprimé par certains médecins, qui pensent que les patients connaissent suffisamment bien les mesures d'hygiène buccodentaires pour les appliquer correctement. Ce laxisme témoignerait alors d'une méconnaissance de l'importance de l'hygiène buccodentaire, renforçant ce qui a été dit plus haut.

« Et puis les mamans elles savent maintenant, les bonbons, les machins les trucs on connaît. Le lavage, la manière dont on peut se laver. »

Outre l'obstacle parental évoqué par les médecins, l'école rendrait également difficile l'application de certaines mesures d'hygiène dentaire. La qualité des repas n'a pas été évoquée comme problème cariogène, mais l'impossibilité de se brosser les dents après le repas de midi est supposée par plusieurs des médecins.

« Et il faudrait voir si dans les écoles on a toujours l'autorisation ; moi je sais que mes filles, petites, elles prenaient leurs brosses à dents, et puis après tout d'un coup ça a été stop et on pouvait plus se brosser les dents, on n'avait plus le droit de se brosser les dents à l'école. »

« Très peu d'écoles le permettent. Peut-être jusqu'à 6 ans, l'entrée en CP, c'est faisable, encore en maternelle possiblement. Mais après c'est plus faisable. Déjà quand mon gosse était à l'école il a fallu se battre pour avoir du savon avant d'aller manger à la cantine. Vous imaginez bien que pour se brosser les dents... quand il y a un lavabo pour toute l'école... c'est difficile. »

Les médecins évoquant ces difficultés se positionnent en tant que parents, et se sont vus refuser le brossage des dents de leurs enfants après le repas de midi. Selon les praticiens interrogés, l'école, au lieu d'être un pilier de l'éducation à l'hygiène dentaire, en serait plutôt une contrainte, et ne permettrait pas de réduire les écarts de connaissances des enfants sur ce sujet.

« Ils se brossent la plupart une à deux fois. Le matin ils n'ont pas le temps. Midi ils sont au collège. Donc ils se brossent éventuellement le soir. Eventuellement. Enfin ce n'est pas non plus le une généralité. »

3.2.3. Les généralistes vus comme substituts occasionnels aux spécialistes

Près de la moitié des médecins pensent que leurs patients viennent les consulter en remplacement d'autres professionnels de santé, quand ces derniers sont indisponibles. Ils se sentent alors placés en retrait dans la prise en charge de certains de leurs jeunes patients. Le thème dentaire est souvent à l'origine d'un sentiment de rôle secondaire par rapport au dentiste, et la jeunesse de la patientèle combinée à l'aspect préventif peuvent occasionner ce même sentiment par rapport au pédiatre. Ces sentiments sont renforcés par les patients, qui ne se cachent pas de consulter le généraliste parce que le spécialiste n'est pas disponible.

« Mais ils viennent souvent, quand le dentiste n'est pas là, chercher des antalgiques et éventuellement des antibiotiques quand il y a un abcès, mais ça c'est autre chose. Mais la carie, quand ça fait mal, ils viennent. Mais le dentiste a des délais beaucoup plus longs que nous. »

« Et puis d'abord il y a une espèce de snobisme mal placé, ou on va voir le pédiatre. Et puis quand le pédiatre met le répondeur à 5h et demi le vendredi on vient voir le généraliste. »

Il est intéressant de voir que tous les médecins qui expriment ce sentiment sont à proximité de pédiatres et de dentistes, même si la proximité d'un pédiatre n'aboutit pas nécessairement à ce ressenti.

3.3. Pistes d'amélioration

3.3.1. Sensibilisation des parents et des enfants : médias et documentation

La plupart des médecins interrogés ont exprimé un désir de sensibiliser les parents et les jeunes patients. Ils suggèrent plusieurs moyens, à utiliser conjointement. La plupart d'entre eux souhaiterait un renforcement significatif des campagnes médiatiques grand public, notamment télévisées, qu'ils jugent trop peu visibles aujourd'hui. Pour justifier ce point de vue, certains utilisent l'exemple de la campagne télévisée sur l'antibiothérapie, largement diffusée il y a quelques années.

« C'est pas les médecins qu'il faut sensibiliser c'est les patients ! c'est-à-dire qu'il faudrait qu'il y ait par exemple une campagne de prévention 'parlez-en à votre généraliste'. Comme on le fait pour le tabac, pour les vaccins, pour des tas de choses ; des campagnes nationales du ministère de la santé disant 'prévention de la carie, votre généraliste aussi peut ...'. Voilà, et du coup les gens vont arriver en disant 'est-ce que vous pouvez aussi regarder etc.' »

« Au lieu de passer des conneries à la télé, là, à huit heures moins cinq. Qu'ils fassent tous les jours une prévention. Parce que 'les antibiotiques c'est pas automatique' ça a vachement marché, ça ! qu'ils le fassent sur tout. A huit heures moins cinq ils passent sur antenne 2 'campagne sur les caries des enfants', on va voir les enfants pour avoir des bilans. Hein, si ils faisaient ça, je suis sûr qu'on aurait des mères qui viendraient en disant 'j'ai vu à la télé, faut se méfier des caries, regardez la bouche' ; au lieu de passer des conneries. Ça sert à ça, la télévision publique. Parce que le coup des antibiotiques c'est pas automatique ça a marqué tout le monde, parce que les gens ils sont tous devant leur télé à huit heures. C'est ça qu'il faudrait faire ! »

Par ces campagnes, les médecins espèrent susciter chez les patients un intérêt pour la prévention dentaire, et du même coup une sollicitation plus large sur ce thème. Ils pourraient alors se dédouaner de la gêne à parler de ce sujet alors que les motifs de consultation sont différents. Les parents alors seraient plus réceptifs aux messages, et appliqueraient mieux les diverses recommandations. De telles campagnes devraient cibler à la fois les parents et les enfants. Car, comme dit plus haut, si les parents font mal eux-mêmes, les enfants ne seront pas stimulés à faire bien.

La mise à disposition d'affiches, de prospectus et de brochures dans la salle d'attente a été proposée par beaucoup de médecins. Cela permettrait de rappeler aux patients que c'est un sujet important, et que le généraliste est apte et disponible pour en discuter et assurer la prise en charge.

« Leur proposer des plaquettes bien faites ! Il faut leur dire l'intérêt de l'usage, comme l'HAS l'a bien fait pour d'autres trucs, que d'ailleurs on met dans les salles d'attente. Donc faire une plaquette précisant l'usage du brossage des dents, comment il faut faire, donner la liste des facteurs de risque qui vont peut-être faire percuter aux gens qu'ils rentrent peut-être dans la catégorie des enfants à risque. »

3.3.2. Renforcement des consultations obligatoires chez le dentiste

L'un des médecins a proposé de renforcer l'adhésion aux consultations dentaires obligatoires chez le dentiste, mais sans avoir connaissance de l'existence de la campagne qui organise déjà cela. Ce médecin propose notamment des mesures coercitives en cas de non-présentation aux consultations dentaires obligatoires.

« Il faudrait, de même qu'il y a une vaccination obligatoire, faire une consultation chez le dentiste obligatoire. »

« Si c'est obligatoire, ils y vont ! mais il faut être coercitifs des fois ! Il faut l'imposer ! déjà je vous dis, les vaccins sont obligatoires et on a eu des difficultés, mais on y arrive. Les allocations familiales pourraient être soumises à une visite chez le dentiste. »

Le caractère obligatoire, bien qu'il déresponsabilise les patients, est vécu par les médecins comme un moyen efficace d'améliorer la prise en charge préventive des caries.

4. La formation des médecins

4.1. À propos des connaissances des médecins généralistes

4.1.1. Les supports d'information des généralistes

Après leur formation initiale, les médecins interrogés ont enrichi leurs connaissances par l'utilisation de plusieurs supports.

La plupart cite les formations médicales continues (FMC). Mais si leur qualité des formations proposées est souvent considérée comme assez bonne, ils préfèrent se former sur des supports plus accessibles.

Presque tous les médecins interrogés sont abonnés à au moins une revue médicale. Les plus citées sont *Prescrire* et *La Revue du Praticien*. Elles sont complétées par les prospectus et les courriers, envoyés par la sécurité sociale, des organismes spécialisés dans la distribution de prospectus médicaux, ou encore des laboratoires pharmaceutiques.

Internet constitue un support de choix pour les médecins interrogés, leur permettant d'accéder rapidement aux informations de leur choix. Les sites les plus cités sont la *Haute Autorité de Santé* (HAS), l'*Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé* (AFSSAPS) actuellement *Agence*

Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), l'Union Française de Santé Bucco-Dentaires (UFSBD), l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF), ou encore *Fascicules.org*.

Les prospectus et les courriers de la sécurité sociale ne sont évoqués que par une partie des médecins interrogés. Cependant, ils ne constituent pas un moyen privilégié de formation, du fait que la fiabilité des données fournies n'est pas toujours garantie, puisque les émetteurs sont parfois en conflit d'intérêt, notamment les laboratoires pharmaceutiques ; et de par le nombre important de documents reçus. Certains médecins, submergés par les documents reçus, font un tri très rapide et n'en lisent que très peu. Ils signalent aussi que le moment de la réception n'est pas toujours le plus propice pour se former.

Par ailleurs, plusieurs médecins ont dit être sensibilisés aux problèmes dentaires par un entourage comportant des dentistes.

4.1.2. La méconnaissance des recommandations

Aucun des médecins interrogés n'avait eu connaissance des recommandations concernant la prise en charge préventive de la carie, qu'il s'agisse des recommandations de la HAS ou de celles de l'AFSSAPS. De ce fait, aucun des médecins n'applique dans sa pratique l'ensemble des mesures préconisées.

« Je ne sais pas s'il y a des guides de bonnes pratiques. »

« Moi je n'ai pas eu ces documents-là, hein ! »

Le premier élément est la connaissance incomplète des facteurs de risque de carie dentaire. Si tous les médecins connaissent les règles de base, comme le brossage des dents et l'éviction des aliments riches en sucres rapides, ils sont beaucoup moins au fait des risques liés à l'endormissement avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure, au faible milieu social, et aux antécédents personnels et familiaux de caries. D'une manière générale, ils sont d'avantage capables de citer les règles relevant du bon-sens et auxquelles ils ont été confrontés. Aucun ne connaît le concept de haut risque carieux, et encore moins la différence de prise en charge entre un enfant à bas risque et un enfant à haut risque carieux.

« Les enfants à risque c'est quoi ? »

Ils ne classent pas les enfants selon leur niveau de risque, et les recommandations en termes de suivi dentaire et de thérapeutique ne sont pas correctement appliquées. La plupart des médecins redirige régulièrement les patients vers un dentiste pour faire une évaluation de l'état bucco-dentaire, mais aucun ne sait dire quelle fréquence est suggérée par les autorités. Il existe une grande disparité de pratiques parmi les généralistes ; certains n'envoient chez le dentiste que les patients se plaignant de pathologies dentaires aiguës.

« Moi je les envoie systématiquement chez le dentiste vers 3 ans, faire une consultation de contrôle. Et après il se charge de la prévention. »

« Il avait des caries je lui ai dit d'aller chez le dentiste. »

Le choix des thérapeutiques se fait arbitrairement, en fonction des habitudes du médecin, et le traitement est alors généralement toujours le même. Soit les enfants sont tous traités par du fluor systémique, soit les médecins délaissent totalement cette voie d'administration. L'application de topiques est mal connue, et à fortiori leurs indications.

La méconnaissance des recommandations laisse à penser que les médecins se soucient peu des pathologies dentaires. Les complications des caries sont effectivement peu connues des généralistes. Si les médecins interrogés, pour la plupart, sont capables de citer des complications locales buccales, telles les abcès dentaires, il méconnaissent souvent leur retentissement sur l'état général. L'endocardite infectieuse reste cependant largement citée par les praticiens interrogés. Les infections ORL et respiratoires sont rarement évoquées. La dénutrition due à la douleur n'est jamais décrite, de même que le retentissement social.

« Les caries, mais j'en ai pas vu... les inflammations des gencives aussi. Mais il n'y a pas grand-chose de plus. »

Pour certains médecins, les caries sur les dents de lait sont même sans importance, puisque les dents définitives prendront le relais.

« Les caries sur les dents de lait on s'en fout ; enfin personnellement c'est comme ça que je vois le problème. »

Ceux qui sont le plus au fait des complications potentielles locales et générales ne regardent pour autant pas plus la bouche et la dentition de leurs patients, et n'assurent pas plus ni mieux la prévention de la carie dentaire.

La méconnaissance des recommandations semble pouvoir être liée à un manque de temps à consacrer à la formation, puisque la grande majorité des médecins souffre d'un manque de temps au quotidien. Le manque d'intérêt est également retrouvé près de la moitié d'entre eux.

4.1.3. Les réponses des médecins aux questions des parents

Un seul des médecins interrogés a pu éprouver des difficultés occasionnelles à répondre aux questions des parents. On peut imaginer que cela vient du fait qu'il y a peu de questions portant sur la prévention dentaire, et donc qu'ils ne s'attendent pas à devoir répondre à ces questions. Pourtant les médecins pensent être aptes à répondre de façon appropriée lorsque le moment viendra.

Certains des médecins décrivent une plus grande facilité à répondre aux questions des patients car s'estiment plus aptes car plus intéressés, du fait notamment d'un entourage comprenant des dentistes.

4.2. Les obstacles à la bonne formation des médecins

4.2.1. La qualité des moyens de formation

Le premier élément incriminé par les médecins pour leur mauvaise application des recommandations officielles est le défaut de formation adéquate.

La formation initiale, dispensée à la faculté, est jugée insuffisante par plusieurs des médecins interrogés, qu'ils soient jeunes ou plus âgés. Aucun des médecins ayant évoqué sa formation initiale ne s'est dit satisfait des enseignements facultaires.

« Je ne sais pas si toi tu as eu une formation particulière là-dessus, mais moi je n'ai pas eu de formation. C'est dommage, pour les enfants, tout ça. »

J'ai oublié depuis ! [rires] C'est vachement loin ! [rires] Il y avait pas grand-chose je veux dire, ce n'était pas une formation très... non... »

La formation médicale continue est le deuxième élément de la formation des médecins. Si nombre d'entre eux se rendent régulièrement à des FMC, aucun n'a été en formation sur le thème dentaire. Le sujet ne serait jamais proposé, ni inclus à des thèmes qui s'en rapprocheraient, ou alors serait trop peu visible et mis en valeur.

« Sur ce domaine, j'avoue que je ne me suis pas intéressé à ça. Je peux regarder tout de suite, tiens ; mais je ne crois pas que dans fmc, ces trucs là... »

« Je n'ai pas encore vu de formations là-dessus. Peut-être que vous avez bien choisi un sujet qui n'est pas trop entretenu. »

Les revues médicales sont très prisées par les médecins, ils les disent de qualité. Presque tous sont abonnés à au moins une revue. Pourtant, aucun des médecins n'a eu connaissance d'articles portant sur le sujet de la prévention dentaire. Même les praticiens persuadés de l'existence d'un article évoquant le sujet n'ont pas réussi à le citer.

Les médecins avouent ne pas pouvoir lire l'intégralité de la littérature médicale proposée. Cela suggère une nouvelle fois une sélection et une priorisation des sujets étudiés.

« Ça fait longtemps que je n'ai pas vu passer un article là-dessus mais bon. C'est peut-être que je ne les ai pas vus. Je ne lis pas tout de A à Z en tout cas. »

« Quand ils font des dossiers ils les font bien. Mais je n'ai pas le souvenir d'avoir lu un dossier là-dessus. Mais de là à dire qu'il n'y en a pas, je ne me permettrais pas. Parce qu'ils balaient quand même assez bien des sujets très divers et variés. Donc si c'était fait je pense que ça serait bien fait. »

L'intérêt des revues pour le thème de la prévention dentaire est lui-même remis en question par certains praticiens. On peut alors se demander si le désintérêt des revues pour le sujet ne se transmettrait pas aux lecteurs. Ne voyant jamais de dossier là-dessus, les praticiens verraient alors comme secondaire le thème de la prévention dentaire. Toutefois, ce concept n'a pas été exprimé de cette façon.

« Là j'ai 'Prescrire', mais j'ai pas le souvenir qu'ils en aient fait, de toute façon c'est pas trop leur truc. »

Malgré la faible praticité des prospectus délivrés par voie postale, plusieurs des médecins interrogés lisent régulièrement les articles qu'ils reçoivent. Cependant, aucun des praticiens interviewés n'a jamais reçu de prospectus ou de courriers de la sécurité sociale sur le thème de la prévention dentaire.

« Un petit rappel comme ça de temps en temps ça ne ferait pas de mal ! Des courriers de la sécu, de je ne sais pas qui... On en a régulièrement sur beaucoup de choses ! Qu'ils envoient à tous les médecins un rappel sur la carie ! »

D'après les témoignages recueillis, Internet semble être la ressource la plus efficace pour trouver des informations sur la prévention de la carie dentaire. Cependant, la recherche d'articles est active, et ne peut être menée qu'après avoir été intéressé par le sujet, à la différence des revues où on tombe passivement sur des dossiers divers. L'information n'est donc pas mise en avant sur internet. La recherche porte alors le plus souvent sur des sujets jugés plus importants, comme les pathologies cardiovasculaires ou le diabète.

« On peut aller voir sur le site de la HAS, le sujet qui vous intéresse. Mais c'est vrai que je n'y ai pas pensé. Quand je me suis installé j'ai pris un certain nombre de recos sur les thèmes un peu plus... euh... cardiovasculaires etc. »

Les moteurs de recherche sont parfois décrits comme difficiles à utiliser, notamment sur le site de la *Haute Autorité de Santé* depuis sa refonte il y a quelques années. La HAS est également décrite par un médecin comme s'attachant plus à l'auto-évaluation des pratiques qu'à la diffusion de recommandations.

« Je pense qu'on peut passer à côté, à moins d'aller le chercher spécifiquement. Si on ne va pas le chercher on ne le trouve pas. En plus sur la HAS il est moins clair sur les publications, le site, qu'il y a quelques années. Avant on avait accès aux publications classées par truc, maintenant franchement les recos, je trouve, sont plus difficiles à trouver. »

« Maintenant ils aiment bien leur truc d'auto-évaluation, mais moi c'est pas ça qui m'intéresse, c'est vraiment les recos, avec les trucs d'experts. Avant il y avait bien ça, maintenant c'est pas évident à trouver. Pour un truc con comme le diabète, l'HTA, etc., on va peut-être arriver à trouver plus facilement, je ne sais pas j'ai pas fait de recherche. »

Si les médecins ayant un dentiste dans leur entourage se disent plus sensibilisés au problème de la carie dentaire ils ne semblent pas plus aptes à appliquer correctement les recommandations officielles.

« Je tire l'essentiel de mon expérience et de l'expérience paternelle. »

Au total, la formation initiale n'ayant pas été de qualité satisfaisante, et les médecins n'ayant pas été sollicités ou intéressés ensuite ils n'ont pas pu développer convenablement leurs connaissances en matière de caries dentaires. Ils se sont alors concentrés sur des sujets pour lesquels ils sont plus souvent sollicités et qu'ils jugent plus importants, leur permettant d'économiser de leur précieux temps.

4.2.2. Le scepticisme des médecins envers les recommandations

Les médecins généralistes se sont montrés globalement en accord avec l'ensemble des recommandations lorsqu'elles leur ont été montrées. Pour la plupart, ils se disent prêts à les appliquer.

Quelques points les ont toutefois interpellés. Si médecins trouvent que débiter le brossage dès l'apparition de la première dent est compliqué à réaliser en pratique, ils ne remettent pas en cause son efficacité en prévention primaire de la carie dentaire.

« Alors le brossage oui. Par contre à partir de 6 mois, pas forcément. Je ne dirais pas trop tôt, mais difficilement applicable. Je dirais au fur et à mesure, progressivement ils peuvent prendre l'habitude, mais pas tout de suite. »

Certains médecins expriment par ailleurs des réserves quant à l'endormissement avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure. Ils pensent que c'est un concept plutôt théorique, qui ne se retrouve que très rarement voire jamais dans leur pratique quotidienne.

« Je pense que l'endormissement avec le biberon c'est bizarre. On ne me l'aurait jamais dit je n'étais pas au courant. Avec la tut d'accord, mais avec le biberon... »

Les autres recommandations n'ont pas été critiquées sur le principe, mais sur leur applicabilité, ce que nous verrons plus loin.

4.3. Amélioration de la formation des médecins

Les témoignages des médecins interrogés confirment que leurs connaissances sur le sujet soient insuffisantes pour assurer une prise en charge correcte des patients. De nombreux médecins ont témoigné spontanément d'un désir de formation sur le sujet, dans le but d'améliorer cette prise en charge.

La moitié de ceux désirant une formation souhaiterait la distribution de brochures à leur attention, rappelant rapidement l'épidémiologie, l'efficacité de la prévention, et les recommandations principales. L'idée est alors de disposer d'un format à la fois esthétique, synthétique, et rapide à étudier, tout en étant largement diffusable. De plus, la diffusion de brochures représenterait un intérêt didactique, en favorisant l'interaction entre médecin et patient.

« Je n'ai pas le temps de tout voir. Je me renseigne, mais après j'ai pas le temps de tout lire. C'est pour ça qu'une petite brochure très sympa serait très bien, aussi bien pour nous, voire même aux parents, on peut leur montrer et ils vont regarder. »

Les courriers de la sécurité sociale sont vus comme une alternative intéressante pour quelques médecins. Malgré le risque de couler sous une montagne de documents papiers, les médecins sont donc largement favorables à ce type de rappels.

D'autres sont demandeurs de FMC. La prévention dentaire pourrait alors être soit le sujet principal, soit faire partie d'une séance concernant également d'autres thèmes pédiatriques. Des séminaires sont aussi demandés, comprenant des rappels des recommandations et des cas cliniques par exemple.

« Une formation. Tout simplement ! Leur proposer une formation, des outils pratiques, des petits cas cliniques, échanger, c'est pas mal ! Sous forme de séminaire peut-être ! Ça me paraît mieux ! »

Le problème de telles formations, c'est qu'elles nécessitent au préalable un certain intérêt pour le sujet, sinon les médecins ne s'y rendent pas. Mais la qualité de ces formations est souvent jugée meilleure que par les moyens autodidactiques.

« Après c'est toujours pareil, il faut avoir des trucs d'informations style des petites formations. Il faut avoir le temps d'y aller, être motivé pour y aller. Il y a tous les systèmes de formation postuniversitaire. Comme il peut être organisé sur tel ou tel truc. Mais à ce moment-là c'est un peu spécifique, donc je ne sais pas si ça sera très fréquenté. »

La formation initiale est jugée insuffisante par plusieurs médecins.

« Je pense que le gros du problème c'est à la base, peut-être à la faculté d'insister là-dessus, de dire que ça existe, et qu'un des rôles du généralistes c'est ça. »

La parution de dossiers sur la prévention dentaire dans les revues médicales est évoquée par quelques médecins désireux d'une formation. C'est parfois le défaut d'autres alternatives de formation qui sollicite le désir de parution d'articles dans les revues médicales.

« Ou par les organismes de formation continue, les revues, tout ce qui est ça. Parce que nous notre formation c'est ça ; on n'a pas beaucoup d'autres choses. »

L'envoi de mails et la mise en valeur d'articles sur internet sont également demandés par un petit nombre de médecins. Cependant, cette mesure n'est pas vraiment requise par les médecins interrogés puisque les informations en question sont déjà disponibles sur divers sites. D'autre part, il faut avoir été sensibilisé et intéressé au sujet pour aller consulter les dossiers en question. Enfin, la pléthore d'informations disponibles sur la toile rend difficile le travail de tri, d'autant que le facteur temps n'aide pas.

« Il y a des tas de trucs sur internet, nous on ne va pas tout checker sur internet. Donc généralement on fait... ben tu verras quand tu es en libéral tu as quand même peu de temps pour te former ce n'est pas évident. »

La mise à disposition d'applications pour smartphones est elle aussi avancée, mais pas comme moyen de formation. L'intérêt d'une telle application résiderait plutôt dans l'aide à la prescription et à l'explication de mesures d'hygiène buccodentaire. Un seul praticien a évoqué cette possibilité.

Dans l'ensemble, les praticiens interrogés sont favorables à une plus large diffusion des recommandations afin de leur garantir de meilleures connaissances et ainsi mieux prendre en charge leurs patients. L'utilisation conjointe de multiples supports et médias est proposée afin de garantir l'atteinte d'un plus large panel de professionnels, qui n'utilisent pas tous les mêmes méthodes de formation.

« Je pense qu'il faut multiplier les choses. Parce qu'après il y a toujours un médecin qui ne va s'informer que par des revues, un autre que par internet... donc je crois qu'il faut multiplier les sources d'information. »

La demande de formation existe même chez les généralistes qui trouvent que la prise en charge préventive de la carie dentaire est chronophage. Cela vient du fait que les praticiens généralistes ont conscience de leur rôle en matière de prévention dentaire, même s'ils se sentent parfois en seconde ligne par rapport au pédiatre.

« Oui alors là le calcul de dose c'est pas possible. Là il faut faire un séminaire de formation continue. »

La fluorose ne semble pas être un obstacle à la formation des généralistes. En revanche, les médecins qui pensent qu'il y a une pression des lobbies et des politiciens sont plus réticents à l'application des règles préconisées et donc à une formation sur le sujet.

Un tiers des médecins n'a pas manifesté spontanément de désir de formation.

5. Les prescriptions en matière de prévention dentaire

5.1. La qualité des prescriptions

5.1.1. La prescription de fluor per-os

La prescription de fluor par voie orale est soumise à des recommandations claires et précises de la HAS et de l'AFSSAPS. Cependant, aucun des médecins interrogés ne les a suivies correctement. Cinq des médecins en prescrivait systématiquement, tandis que les dix autres n'en prescrivait à aucun de leurs patients.

« Le fluor ? je n'en donne pas moi du fluor. »

« Chez moi ils en ont systématiquement. »

Le concept de niveau de risque carieux des enfants est mal connu des généralistes, comme dit plus haut, bien que les médecins soient capables de citer plusieurs des facteurs de risque carieux les plus courants. De ce fait, les médecins ne recherchent pas ce niveau de risque, et ainsi n'adaptent pas leurs prescriptions comme recommandé par l'AFSSAPS.

« Mais tous les enfants sont les mêmes, hein, ici. »

Plusieurs des médecins interrogés donnaient systématiquement du fluor mais n'en prescrivent plus actuellement. Cette modification des comportements confirme la présence d'obstacles à la prise en charge préventive de la carie dentaire, détaillés plus bas.

Parmi les médecins qui en prescrivent systématiquement, tous disent pratiquer systématiquement un examen dentaire. Cependant, ces médecins ne semblent pas plus au fait des complications possibles d'un mauvais état bucco-dentaire sur l'état général, que ce soient des complications locales ou générales. Les médecins prescripteurs ne semblent donc pas influencés par le risque de complications que peut présenter une carie pour prescrire du fluor par voie systémique. Aucun d'eux n'adapte sa posologie au poids ni aux apports alimentaires en fluor du patient. Aucun ne pratique un bilan complet des apports en fluor, ni même un bilan partiel. Effectivement, lors des interviews, aucun d'eux ne savait qu'il fallait le faire, ni que c'était recommandé.

« C'est sur le logiciel, j'appuie et puis la dose est déjà enregistrée. »

« Après on prescrit à l'aveugle, hein ! »

« Ah non ; faire ce calcul là non... »

5.1.2. La prescription des mesures d'hygiène buccodentaire

Les recommandations pour la prévention de la carie ne sont dispensées aux patients que par un faible nombre de médecins. Lorsqu'elles le sont, c'est toujours partiellement, jamais en totalité. On retrouve souvent la diminution de la consommation de sucres rapides et de sodas, une consultation dentaire annuelle et le lavage des dents, mais les autres mesures ne sont que peu expliquées aux patients.

« Brossage des dents, pas de sucres avant d'aller se coucher... Voilà. »

Concernant la consultation dentaire systématique, aucun des médecins ne la propose en fonction du niveau de risque carieux, comme le préconise l'AFSSAPS, ni n'envoie ses plus jeunes patients en consultation dentaire. Certains médecins expliquent une perte de vue des jeunes patients, en partie au profit des spécialistes, avec un retour en consultation de médecine générale à un âge un peu plus élevé.

« On les revoit aux vaccins mais maintenant les vaccins vont être plus espacés, donc ça va être euh... moins facile de les voir dans la période entre deux ans et six ans par exemple, c'est là où il y a un peu de travail dentaire qui s'effectue. C'est-à-dire qu'entre deux et six ans ils vont commencer à manger des bonbons et tout le reste, ça va être un peu plus catastrophique à ce moment-là. C'est pour ça que quand je les vois à 3 ans j'essaie de les envoyer pour une première consultation chez le dentiste. »

5.2. Les obstacles à des prescriptions en fluor adéquates

5.2.1. Le défaut de connaissances

Aucun des médecins interrogés ne connaît les indications exactes du traitement par fluor per-os.

« Parce que je ne connaissais pas les indications de prescriptions et c'est des produits que je ne connais pas. »

Les facteurs de risque de carie sont mal connus. Ils semblent un peu mieux connus en milieu rural qu'en milieu citadin. Cependant, les médecins qui ont une meilleure connaissance apparente des facteurs de risque n'appliquent pas mieux les recommandations et n'assurent pas plus la prise en charge préventive de la carie. La majorité des médecins qui suivent des enfants au long cours connaissent correctement ces facteurs de risque, mais les médecins les plus au fait de ces facteurs de risque ne connaissent pas mieux les conséquences des pathologies buccodentaires sur l'état général.

Les médecins n'ont pas lu les recommandations concernant l'adaptation de la prise en charge au niveau de risque carieux, ce qui explique une prescription inadaptée, tant sur les indications que sur les posologies.

Les topiques fluorés semblent très méconnus des généralistes. Pour une grande partie d'entre eux, les dentifrices fluorés constituent les seuls topiques fluorés, et il n'est nul besoin de surajouter du fluor

per-os. Cela est conforté, pour certains, par la certitude d'avoir consulté des recommandations pédiatriques recommandant de ne pas donner de fluor systémique. D'autres médecins pensent enfin que les études en la matière sont mal faites, ou incomplètes, ce qui empêche de se faire une idée claire là-dessus, et limite par le même coup la qualité des recommandations qui s'appuient dessus.

« Non, il n'y a pas d'étude bien faite. Il y a des populations à cibler, sur lesquelles il faut effectivement agir. Mais ce n'est pas des études qui vont permettre ça ! C'est du bon sens ! »

Le défaut de connaissances entraîne parfois une certaine peur du fluor. Cette peur a été alimentée par une polémique, disant qu'il était dangereux d'administrer du fluor et qu'un nombre important de fluorose apparaissait. si quelques médecins avaient entendu de polémiques autour du fluor per-os, aucun n'était capable d'en donner l'origine. Aucun article, aucune revue, aucune conférence n'ont été cités pour expliquer cela.

« Je n'en prescris pas. C'est exceptionnel. Alors c'est vrai qu'il y a 20 ans j'en prescrivais. Et il y a eu une espèce de polémique sur le fluor, je ne me souviens plus pourquoi j'ai arrêté d'en prescrire, c'est terminé. »

« Je ne me souviens plus de la polémique, ce qu'il y avait exactement, mais je sais que ça a abouti à l'arrêt de la prescription systématique chez les bébés. On voit beaucoup de bébés, on prescrit de la vitamine D ; avant on mettait du fluor et maintenant on met plus. »

Le côté possiblement néfaste du fluor a ainsi été mis en avant par le passé, et les bénéfices ont été occultés. Le rôle du fluor est remis en question par plusieurs des généralistes interrogés.

« Ah ben non ! non, non ! ce n'est pas utile de prendre du fluor chez un bébé ! »

Quelques médecins pensent même que l'intérêt du fluor est vanté par des lobbies pharmaceutiques, ou par des affaires politiciennes.

« Je pense qu'il y a de gros lobbies pharmaceutiques qui font le forcing pour forcer les généralistes à supplémenter tous les enfants. »

5.2.2. Le bilan des apports en fluor

Bien qu'aucun des généralistes interrogés n'ait pratiqué un bilan complet des apports en fluor avant prescription, leur avis sur la question leur a été demandé. Après leur avoir expliqué les modalités du calcul, plusieurs critiques ont émergé, si bien que très peu d'entre eux se disent prêts à le mettre en pratique.

La première critique est le nombre de paramètres à prendre en compte pour faire ce bilan. De nombreux médecins pensent qu'il y a trop de paramètres à recueillir, rendant la tâche complexe, et pensent

avoir des difficultés notamment pour recueillir la teneur de l'eau locale en fluor, ce qui peut pourtant être obtenu auprès de la mairie, ou sur la facture d'eau par exemple. Ainsi, la plupart avoue ne pas connaître la concentration en fluor de l'eau de la commune. Les médecins pensent que les parents seraient incapables d'apporter des réponses fiables à l'enquête alimentaire des médecins, au vu du nombre important de paramètres précis à renseigner, et que le manque d'intérêt des parents pour la prévention dentaire pourrait justifier les difficultés de recueil des apports alimentaires.

« L'eau de distribution il faudrait déjà savoir combien il y a de fluor dans l'eau de distribution. L'eau en bouteille, bon ça il faut savoir ce qu'ils boivent, ce n'est pas facile. Lait maternisé, faut regarder sur la boîte. Moi je ne peux pas le faire... Je ne vois pas la maman amener sa boîte de lait... Alimentation générale : et comment on peut savoir ? »

Pour aider médecins et parents à établir ce bilan, l'UFSBD a constitué une fiche d'aide au calcul. Cette fiche a été montrée aux médecins au cours des interviews. Aucun des médecins ne trouve cette fiche bien faite, et aucun ne serait disposé à l'utiliser. Les critiques de cette fiche reposent sur son aspect inesthétique voire rebutant, le listing simple des paramètres à prendre en compte mais sans aide au renseignement des cases, et le temps qu'il faudrait pour la remplir.

« C'est incompréhensible, c'est illisible. C'est non. »

« Si ils l'ont pondu c'est que ça doit être possible, mais faut qu'ils nous montrent en 3 minutes comment ils peuvent prescrire ça. C'est-à-dire que vous interrogez les parents, vous leur demandez tout ça ; le temps qu'ils comprennent, qu'ils se souviennent, qu'ils cherchent, que machin, euh... »

Un grand nombre de médecins explique qu'ils ne feraient pas le bilan des apports par manque de temps, même s'ils pensent que le généraliste a un rôle certain à jouer dans la prévention dentaire. On notera que parmi les médecins qui prescrivent systématiquement du fluor à leurs jeunes patients, aucun ne fait le bilan des apports, notamment par manque de temps.

« Ça, franchement, en cabinet de ville vous ne pouvez pas le faire. Parce que vous n'avez pas le temps, hein ! »

Les médecins interrogés pensent donc que ce bilan est compliqué et chronophage. Outre la complexité de réalisation d'un tel bilan, les médecins doutent de son utilité. Très peu de médecins pensent constater des fluoroses, et pensent alors que ça reste suffisamment marginal et sans conséquences, leur permettant de se passer du bilan des apports en fluor.

« Les fluoroses on n'en a pas vu beaucoup ! Peut-être 3 fois dans ma carrière ! »

Le risque de surdosage est également estimé comme faible puisque l'observance est jugée médiocre par les médecins interrogés.

« Non mais de toute façon ils ne seront jamais en surdosage dans la mesure où ils n'en ont pas tous les jours. »

5.2.3. D'autres obstacles

Comme dit plus haut, les médecins généralistes se sentent pour beaucoup en deuxième recours par rapport aux pédiatres. Ils pensent ainsi que les parents ne sont pas demandeurs de prévention par le généraliste, et en particulier de prévention dentaire puisqu'en plus ils manquent d'intérêt pour ce domaine. La faible demande des patients entraîne, par manque de temps et d'habitude, des difficultés à évaluer correctement l'indication de fluor per os, et ainsi à assurer un suivi dentaire de qualité. Cela explique un faible nombre de prescriptions, ainsi que des prescriptions inappropriées avouées par les médecins prescripteurs de fluor systémique. Certains médecins évoquent même l'oubli de la prévention dentaire au cours de la consultation.

Par ailleurs, certains médecins expliquent leur manque d'investissement dans la prescription de compléments fluorés par la peur de la fluorose, confirmant la polémique.

« Je vais vous dire une chose. C'est ça qui me retient aussi dans la prescription. Parce qu'en fait, dans mon subconscient, j'ai l'impression de prescrire un truc sans bien faire les choses... »

« Le fluor ça fait 50 ans qu'on en parle, et on commence à se rendre compte simplement maintenant qu'on a déliré comme des fous et qu'on a fabriqué des fluoroses ! »

5.3. Pistes d'amélioration

5.3.1. La formation des médecins

La plupart des médecins sont demandeurs d'une formation globale sur la prévention dentaire. (Cf. Chapitre 4.3 page 49 : Amélioration de la formation des médecins).

5.3.2. Facilitation du calcul de posologie du fluor

Les médecins ont témoigné à plusieurs reprises de leurs difficultés avec le calcul de posologie tel qu'il est proposé par l'HAS et l'AFSSAPS, et ont ainsi proposé plusieurs solutions pour faciliter ce calcul. La première proposition d'un médecin serait de ne pas adapter les doses, et d'avoir des dosages qui seraient toujours les mêmes.

« C'est vrai que c'est plus facile quand on a des dosages dédiés. »

Cette solution irait cependant à l'encontre des recommandations, et conduirait à une augmentation théorique du nombre de caries et/ou de fluoroses par rapport à une posologie adaptée aux apports alimentaires en fluor.

S'il n'est pas possible d'utiliser des posologies prédéfinies, les médecins seraient demandeurs d'aides au calcul de posologies. Plusieurs médecins sont favorables à la diffusion de logiciels, permettant de calculer les apports, les posologies à donner, et les recommandations en termes de suivi.

« Si on arrive à trouver l'outil adapté pour voir si il y a une carence en fluor, si on peut montrer par A+B qu'il y a une carence, compléter c'est pas compliqué. Donc un moyen informatique pourquoi pas. »

« En mode application iPhone, et vous le remplissez comme ça, pourquoi pas. »

« Ou sur internet ! Un truc qu'on puisse faire en quelques clics, ça serait plus faisable ! »

Cependant, les moyens informatisés ne font pas l'unanimité. Certains médecins n'utiliseraient pas ce genre d'outils, car ils disent crouler sous une multitude d'outils en tous genres.

« Bon on en a plein des trucs ; quand vous avez vu, la polyarthrite, que vous avez fait le bilan, les articulations ; quand vous avez la spondylarthrite vous allez faire le BASDAI, plein de trucs... on n'en finit plus ! »

Toutefois, les médecins dubitatifs sur l'utilisation de logiciels trouvent que ce serait une bonne mesure pour les utilisateurs potentiels.

« Il y en a pour qui ça serait intéressant parce que ça les intéresse. Après ceux que ça n'intéresse pas ils ne vont pas le prendre. Voilà, c'est tout ! C'est comme tout ! C'est toujours un plus, afin de faciliter les choses. »

Aucun des médecins interrogés n'a proposé d'améliorer la fiche de calcul des apports de l'UFSBD. Cela renforce ce qui a été dit plus haut sur la complexité due aux nombreux paramètres à prendre en compte, et sur la volonté de simplifier la prise en charge, tout en éliminant l'aspect chronophage.

5.3.3. La mise en place de consultations dédiées à la prévention dentaire

Comme expliqué plus haut, la mise en place de consultations dédiées permettrait de pallier à de nombreuses difficultés, et notamment de prendre le temps de prescrire les posologies les plus adaptées aux patients. (Cf. chapitre 2.3.1 page 36 : Consultations dédiées à la prévention dentaire)

1. Discussion de la méthode

1.1. Forces de l'étude

1.1.1. Une étude de type qualitatif

La réalisation d'une étude qualitative a permis de recueillir des réponses objectives et inattendues à partir de questions ouvertes mais néanmoins orientées sur le thème choisi. Cela a permis de reconstruire le cheminement de pensée des médecins interrogés, et d'avoir une vue globale de leur ressenti. Les questions ouvertes ont permis de ne pas influencer les réponses des interviewés, et donc d'obtenir des éléments originaux de compréhension des déterminants de la prise en charge de la carie dentaire. Il a ainsi été possible de comprendre les difficultés et les attentes des médecins, beaucoup mieux qu'avec une étude quantitative.

Une étude quantitative aurait certes permis de chiffrer les difficultés et attentes des médecins, mais aurait dû se baser sur des données préexistantes. Les déterminants des médecins auraient donc dû être connus pour réaliser une étude quantitative sur le sujet, ce qui n'était pas le cas.

Le type qualitatif de cette étude était donc le plus approprié.

1.1.2. le recrutement des médecins

Lors du recrutement, une attention particulière a été portée à la pratique de la pédiatrie des médecins interrogés. Cela a permis d'éviter d'interroger des médecins non concernés par le sujet, et dont l'avis serait alors biaisé puisque forcément désintéressé.

Seuls les médecins actuellement en exercice ont été interrogés, car censés être plus au fait des recommandations, et plus aptes à les juger en fonction de leur exercice. Cela a permis par ailleurs la proposition d'améliorations plus pertinentes car plus pragmatiques, puisque les médecins interrogés en cours d'exercice devraient alors les mettre en pratique. On peut effectivement supposer que des propositions de modification des pratiques faites par des médecins n'exerçant plus seraient inadaptées aux conditions d'exercice actuelles.

Le recrutement a été réalisé sur plusieurs communes des Alpes Maritimes et du Var. Cela a permis de diversifier les types de pratiques, de caractères, d'exercice, et de patientèle, permettant d'obtenir une plus grande diversité de réponses. De cette façon, de nombreuses remarques différentes ont pu être obtenues, permettant d'aboutir à une base plus solide pour de futures recherches.

1.1.3. La réalisation des interviews

La durée des entretiens a été correcte dans l'ensemble, avec une moyenne d'environ 36 minutes. La durée minimale était de 26 minutes environ, ce qui peut paraître peu, mais a toutefois permis de

répondre à l'ensemble du canevas d'entretien, et d'obtenir un nombre et une qualité d'informations tout à fait honorables malgré des réponses parfois écourtées.

Seuls des entretiens individuels ont été pratiqués. Comparativement au focus-group, cela a permis d'éviter d'éventuelles réserves dans les réponses des médecins interrogés.

Les interviews se sont basées sur le suivi d'une grille d'entretien réalisée avec l'aide de formateurs universitaires en études qualitatives. Elle a été revue et corrigée par ces mêmes formateurs, ainsi que par le directeur de thèse, et a pu être testée sur deux médecins avant utilisation, permettant d'optimiser l'interview.

1.1.4. La retranscription et l'analyse

La retranscription des interviews a été réalisée intégralement et de façon fidèle, sur la base d'enregistrements audio et d'annotations précises du langage corporel relevées lors des entretiens. La retranscription exacte a permis une analyse plus précise et plus objective des verbatims par la suite.

L'analyse des données a été conduite par le thésard, et contrôlée et supervisée par le directeur de thèse. Elle a été menée en parallèle par un tiers spécialiste en études qualitatives, non médecin mais formé au sujet, permettant une approche extérieure objective. Son analyse a retrouvé les mêmes éléments que celle du thésard et du directeur de thèse.

La saturation des données a été obtenue après 12 entretiens individuels semi-dirigés. Après l'obtention de la saturation des idées, 3 entretiens ont été réalisés, de façon à constituer une marge de sécurité et à ne passer à côté d'aucun élément important.

1.1.5. La triangulation

La triangulation est un concept défini par Denzin en 1978, permettant d'assurer la validité de l'étude en lui soustrayant sa subjectivité. Cela suppose de retrouver les mêmes résultats en utilisant des techniques et méthodes différentes. (36,43,44)

Ainsi, Denzin a décrit quatre formes de triangulation. La triangulation des données consiste à disposer d'un échantillon de plus d'une seule personne venant d'une population donnée. C'était le cas ici, puisque de nombreux médecins ont été interrogés. La triangulation spatiale a été assurée par l'interrogatoire de médecins exerçant en ville et en campagne, dans le Var et les Alpes-Maritimes.

La triangulation des investigateurs suppose que l'étude n'est pas le fruit d'un seul et même chercheur, mais d'une équipe rassemblant et interprétant les données. Cela a été appliqué à cette étude, puisque le codage a été réalisé en parallèle et sans concertation par deux personnes, et puisque l'analyse des données a été réalisée par trois personnes. L'analyse a été pluridisciplinaire, puisqu'elle a été menée par un médecin, investigateur de l'étude, une dentiste, directrice de la thèse, et un spécialiste des études qualitatives ne faisant pas partie du milieu médical.

La triangulation théorique consiste à utiliser plusieurs perspectives théoriques pour analyser les données. L'analyse et le classement thématique ont été pratiqués après étude d'une large bibliographie.

Les thèmes ont été établis en confrontant les données de la littérature préexistante avec les informations tirées du verbatim.

La triangulation méthodologique consiste à retrouver des résultats similaires en utilisant plus d'une méthode pour rassembler les données. Cela a été le cas, puisque l'étude s'est basée non seulement sur l'analyse des entretiens, mais aussi sur l'observation et l'analyse de sources bibliographiques.

La triangulation par les enquêtés, non définie par Denzin, n'a pas été pratiquée dans cette étude. Elle aurait consisté en la restitution des données recueillies à l'ensemble des médecins interrogés, afin de porter un regard critique à ce qui a été dit, et notamment de confirmer ou infirmer les idées tirées de l'analyse.

1.2. Faiblesses de l'étude

1.2.1. Le recrutement des médecins interviewés

Le recrutement a été réalisé uniquement en région PACA. Cela a pu constituer un biais, par sélection d'une population de médecins non représentative de l'ensemble des médecins Français. Ce biais a pu être limité par l'interrogatoire de médecins ayant été formés dans d'autres régions et s'étant installés en PACA après la fin de leurs études. Ce biais a également été limité par l'interrogatoire d'une importante diversité de médecins, ayant des modes d'exercice et des patientèles différents.

L'inclusion des médecins s'est déroulée sur seulement 6 mois. Cela peut théoriquement avoir eu un impact sur les réponses obtenues, si l'on considère que la saison influe sur les pratiques et le discernement des médecins. Ce biais semble toutefois peu probable, puisque les médecins répondaient par la description de leurs pratiques et de leur ressenti globaux depuis le début de leur exercice, et puisque le dépistage et la prévention de la carie dentaire sont à pratiquer tout au long de l'année.

1.2.2. La réalisation des entretiens

Aucun focus-group n'a été réalisé. Cela a certes diminué le risque de non-réponses par crainte de jugement par des pairs inconnus ; mais a possiblement diminué par le même coup l'émergence d'idées extérieures, de justifications, de confrontations des pratiques, et de divergences de points de vue pouvant naître lors des échanges. Ainsi, certains éléments ont pu ne pas être cités par les médecins interrogés. Ce biais a pu être limité par la lecture aux médecins interrogés des recommandations sur le sujet et des idées citées par d'autres praticiens. Des réponses et un regard critique ont pu alors émerger, et aboutir à des idées diversifiées, approfondies, et justifiées.

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur audio. Aucun enregistrement vidéo n'a été réalisé. Cela aurait pu avoir un impact sur l'analyse du langage corporel des interviewés. Ce défaut a été compensé par l'annotation des tous les éléments de communication non-verbale au cours des entretiens. Le moment exact des annotations a été relevé sur le chronomètre de l'enregistreur, permettant de les inclure sans difficultés et avec exactitude aux verbatims.

Les interviews ont été conduites par le thésard, n'ayant jamais réalisé d'entretiens semi-dirigés. Ce manque d'expérience dans la conduite des entretiens peut être à l'origine d'un biais de recueil des données. Ce biais a été limité par le suivi du canevas ayant été validé par le directeur de thèse et les formateurs universitaires. Par ailleurs, le test préalable du canevas a permis de familiariser l'interviewer à la méthode d'interrogatoire, et d'améliorer le recueil des données.

2. Discussion des résultats

2.1. Réponse à la question posée

L'étude s'attachait à rechercher les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription fluorée. De nombreuses réponses ont été apportées, avec la mise en évidence de nombreuses difficultés s'opposant à l'application des recommandations officielles et à une prescription appropriée de compléments fluorés.

Parmi ces difficultés, le manque de temps est une constante obligeant les médecins généralistes à privilégier la réponse aux motifs de consultation des patients. Or, les patients, non sensibilisés au problème de la carie dentaire, ne sont pas demandeurs de prévention dentaire auprès du généraliste. Le sujet n'est alors abordé ni par le médecin ni par le patient. Le manque de sollicitation des médecins par les patients paraît être à l'origine d'un défaut d'intérêt des médecins pour le domaine. Associé au manque de temps, ce manque d'intérêt entraîne un défaut de formation, puisque les médecins préfèrent se former à des sujets pour lesquels ils sont plus souvent sollicités, et qu'ils considèrent comme plus importants et plus de leur ressort. D'autant que les moyens de formation dans le domaine dentaire à destination des généralistes sont quasi inexistantes, ou peu accessibles. Sans formation adéquate, les médecins interrogés se sont montrés sceptiques au sujet de l'applicabilité des recommandations, et en particulier du calcul de posologie des compléments fluorés, qu'ils trouvent chronophage, complexe, et peu adapté à la pratique quotidienne. D'autres professionnels sont alors désignés comme pouvant assurer la prévention dentaire : dentistes, pédiatres, voire même paramédicaux, assistants dentaires, nutritionnistes.

Souvent démunis face à la question de savoir comment améliorer les choses, les médecins ont souvent évoqué la mise en place de consultations de médecine générale dédiées à la prise en charge préventive dentaire. La sensibilisation des patients leur semble également nécessaire, afin d'augmenter leur sollicitation sur le thème dentaire, de les responsabiliser, et d'engendrer un intérêt des médecins pour la dentition des enfants, et pourrait notamment permettre de leur enseigner les sources d'apport en fluor, et les mesures hygiéno-diététiques les plus communes. Cela inciterait alors à la formation, et augmenterait la demande de FMC. De cette façon, les moyens de formation seraient alors améliorés, et leur visibilité augmentée. La révision des recommandations est également souvent évoquée, afin de faciliter la prise en charge préventive de la carie dentaire, et ainsi d'en améliorer l'efficacité.

2.2. Des questions subsistent

Les nombreuses réponses apportées par les médecins, et l'analyse qui en a été faite ensuite, ont permis l'émergence de nouvelles interrogations.

2.2.1. Le manque de temps

La quasi-totalité des médecins a exprimé un manque de temps altérant significativement la prise en charge globale de leurs patients. Il est alors légitime de se questionner sur les raisons de ce manque de temps. Il semblerait que la demande de soins médicaux soit croissante, avec au contraire une décroissance du nombre de généralistes. Cela se ressent dans les discours des médecins interrogés, décrivant des salles d'attente pleines, malgré un nombre élevé d'heures de travail hebdomadaires des médecins. La durée des consultations doit alors être revue à la baisse, afin d'offrir des soins à tous les patients demandeurs.

La réduction du temps de consultation semble alors se faire au détriment de la prévention en général, au profit de la réponse aux questions posées par les patients, qui consultent le plus souvent pour des motifs à visée curative. La prévention dentaire n'y coupe pas, et semble être particulièrement touchée par ce manque de temps exprimé en médecine générale.

2.2.2. L'éducation thérapeutique des patients

La question du manque de temps a amené les médecins à s'interroger sur l'opportunité de créer des consultations dédiées à la prévention dentaire, dans le but d'apporter une meilleure prise en charge de la carie. Les médecins espèrent ainsi disposer de suffisamment de temps pour dépister les caries dentaires, rechercher les facteurs de risque de caries, poser l'indication des traitements, et calculer la posologie adéquate.

Cependant, aucun des médecins ayant proposé la mise en place de telle consultations n'a évoqué l'éducation thérapeutique. Cette dernière aurait pourtant toute sa place dans la prévention dentaire, du fait de la nécessité d'appliquer quotidiennement des mesures hygiéno-diététiques et de recevoir un éventuel traitement à visée préventive. Il serait opportun, lors d'une étude ultérieure, d'évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de l'hygiène buccodentaire et sur la survenue de caries. Peu d'études fiables ont évalué l'impact d'une éducation thérapeutique sur la qualité de la prévention de la carie dentaire, encore moins en cabinet de médecine de ville, et aucune en France. Cochrane a établi une revue systématique de la littérature, évoquant un impact favorable en terme de réduction de survenue des caries chez les enfants recevant une éducation thérapeutique comportementale dans le cadre scolaire. (45) Cependant, les études sélectionnées par cette revue de la littérature présentaient des biais notables. Certaines excluaient les enfants suivant mal les mesures d'hygiène buccodentaire préconisées au cours des programmes d'éducation. Les données méthodologiques et les résultats étaient souvent incomplets ou imprécis, et le nombre de participants aux études était faible. Les chiffres présentés dans une des études faisaient état d'une réduction d'un facteur 0.49 de l'incidence de caries après éducation à l'hygiène buccodentaire (l'intervalle de confiance étant absent). Une autre étude présentait une réduction d'incidence par 0.65, mais avec un intervalle de confiance comprenant 1 (IC 0.12 to 1.18). Une diminution

significative de la plaque dentaire a été soulignée par plusieurs des études revues, mais ces chiffres sont discutables puisque le consentement de tous les parents n'a pas été obtenu pour l'évaluation de cette plaque dentaire. Cochrane conclue ainsi à une tendance à l'amélioration de l'état buccodentaire après éducation thérapeutique, mais avec des biais parfois importants limitant la valeur des études. La réalisation de travaux scientifiques bien menés semble indispensable à l'avenir pour confirmer cette tendance, en particulier en France.

2.2.3. Défaut d'information des patients

Les parents semblent souffrir pour la plupart d'un manque d'informations, selon les médecins interrogés, surtout concernant l'épidémiologie, les complications, et l'intérêt de la prévention des caries dentaires. Ils ont également besoin qu'on leur rappelle les modalités de remboursement des consultations dentaires, leur coût, l'application du tiers payant pour les consultations obligatoires mises en place avec le programme M'T'dents, mais surtout qu'attendre risque de leur coûter plus cher du fait de l'apparition de complications sur l'état buccodentaire et sur l'état général. On rappelle que le programme M'T'Dents prévoit des consultations obligatoires à 6 ans et 12 ans, prises en charge à 100% avec application du tiers payant.

Il convient également de leur rappeler que le médecin généraliste est capable d'assurer le rôle de prévention de la carie, et que la consultation d'un pédiatre n'est pas indispensable dans ce domaine. Le rappel des diverses mesures d'hygiène buccodentaire paraît nécessaire, même si un certain nombre de médecins pense que les parents savent aujourd'hui tout ce qu'il faut faire et ne pas faire en terme de prévention dentaire.

Des campagnes de prévention existent, notamment le programme M'T'dents. Malgré ce programme, les spots médiatiques, télévisuels ou radiophoniques, restent très peu nombreux ou très peu visibles du grand public. Il est alors légitime de s'interroger à ce propos. Y a-t-il un manque de moyens financiers ? Un défaut de subventions aux médias publics ou privés ? Un désinvestissement de ce domaine par le ministère de la santé ? Malheureusement, cette étude ne permet pas d'y répondre ; mais peut-être permettra-t-elle aux autorités de santé de constater l'importance de l'impact des médias sur la prise en charge de la santé buccodentaire. L'amélioration de la diffusion médiatique des campagnes de prévention dentaires permettrait aux patients d'être beaucoup plus investis, demandeurs de soins et de prévention dentaire, et une meilleure application des mesures d'hygiène buccodentaire.

La campagne M'T'Dents comprend des consultations obligatoires. Dans certains pays Européens, certains soins en particulier prothétiques sont partiellement dé-remboursés en cas de non-soumission aux visites obligatoires. On peut se poser la question de la légitimité et de l'efficacité de telles sanctions, ainsi que de leur applicabilité en France.

2.2.4. Les contraintes scolaires

Certains médecins se sont vus refuser le brossage des dents de leurs enfants après le repas de midi à la cantine scolaire. Effectivement, c'est le cas dans de nombreuses écoles, même si certaines autorisent

encore l'emploi des brosses à dents. Selon une directrice d'école contactée durant l'un des entretiens par un médecin interrogé, il n'y aurait pas de législation en la matière, et les restrictions de ce types seraient à l'appréciation de chaque établissement.

Les programmes scolaires contiennent pourtant une éducation à l'hygiène personnelle et collective, intégrant le module brossage des dents. Cela est inscrit dans l'Arrêté du 9 juin 2008 fixant les programmes d'enseignement de l'école primaire. (42)

2.2.5. Déficit de formations et d'informations des médecins

Les médecins interrogés ont exprimé un manque de formation important concernant la carie dentaire, à commencer par leur formation initiale. On note des lacunes dans leurs connaissances sur l'ensemble de la prise en charge de la carie, depuis la recherche des facteurs de risque jusqu'à la prescription. Par exemple, on pourra noter que certains médecins estiment avoir une patientelle à faible risque alors qu'ils voient très régulièrement des caries lors de l'examen dentaire. Les prescriptions de fluor systémique sont par ailleurs très mal adaptées et ne répondent que rarement aux indications proposées par l'AFSSAPS.

L'enseignement facultaire est décrit par les généralistes comme insuffisant sur ce sujet, y compris par les plus jeunes. Pourtant, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a inclus la prévention des pathologies buccodentaires et donc des caries dans le programme officiel des Epreuves Classantes Nationales, sous l'item N°35. Cet item, intitulé 'Développement buccodentaire et anomalies', propose d'apprendre à 'Dépister les anomalies du développement maxillo-facial et prévenir les maladies bucco-dentaires fréquentes de l'enfant.'. (46) On peut alors se demander les raisons à l'origine de ce manque de connaissance chez les jeunes médecins. Existe-t-il un flou sur le programme des ECN ? Des formations sont-elles proposées par les facultés au cours de l'internat de médecine générale ? Les intervenants compétents sont-ils trop peu nombreux, trop sollicités, trop peu sollicités, trop peu investis ? Les universités souffrent-elles d'un manque de moyens, financiers notamment ?

Il n'a pas été possible de vérifier l'ensemble des programmes des facultés, et encore moins la qualité de leurs enseignements. La diffusion des résultats de la présente étude pourrait inciter chaque établissement à revoir ses enseignements, et le gouvernement à renforcer ses programmes en la matière. Si la formation initiale est jugée insuffisante par plusieurs médecins, rares sont ceux qui ont évoqué le désir de renforcer cette formation facultaire. Cela peut se comprendre du fait que les médecins actuellement en exercice ne bénéficieront plus de cette formation universitaire, et qu'ils cherchent donc d'autres alternatives.

La formation continue n'est pas non plus investie. Si les médecins ne recherchent pas vraiment à se former dans le domaine dentaire, ils ne sont pas pour autant sollicités par les organismes de FMC. Là encore, on peut se demander si ces formations sont simplement peu visibles ou très peu nombreuses voire inexistantes. Après recherche auprès de plusieurs organismes de formation continue – en particulier MG Form, GeaP, DPC.net, le programme du congrès de médecine générale (CMGF) 2014, FMC Action, l'AFML via FAF et OGDPC – il s'avère qu'aucun ne propose effectivement de séance consacrée à la

prévention de la carie dentaire. Seul FMC Action propose de revenir sur l'alimentation de l'enfant, sans précision sur l'abord du fluor.

Un nombre non négligeable de médecins n'a cependant pas manifesté spontanément de désir de formation. Cela nous rappelle que toute formation nécessite au préalable d'être pris d'un certain intérêt pour le sujet, d'avoir le temps de se former, et bien sûr ici d'estimer que la prévention dentaire rentre dans le cahier des charges du médecin généraliste. On notera qu'aucun des médecins interrogé n'a évoqué le développement personnel continu, ou l'analyse des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, un grand nombre de médecins pense être apte à répondre aux questions des parents, sans même connaître les recommandations. De même, les médecins ayant un dentiste dans leur famille se disent plus sensibilisés par le problème dentaire, et se disent mieux à même de répondre aux attentes des patients. Pour autant, ils n'en connaissent pas mieux les recommandations. Une assurance excessive pourrait être néfaste en terme de formation des médecins, et de prise en charge des patients. Ne connaissant pas les recommandations, aucun des médecins ne prescrit des posologies adaptées aux populations indiquées. Ceci représente un risque certain de sous-dosage ou de fluorose, ce qui ne semble pourtant pas inquiéter les praticiens interrogés.

Les formations initiales et continues sur le thème de la prévention dentaire semblent donc être peu accessibles et efficaces, limitant la diffusion et l'application des recommandations. Elles permettraient pourtant diffuser efficacement les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS, et de « dédramatiser » l'utilisation de fluor par voie systémique, même si aucun médecin n'a évoqué cela, probablement parce que cela s'est fait au cours des entretiens.

Selon les médecins interrogés, peu d'articles paraîtraient dans les revues de médecine générale. Certains pensent en avoir vus, mais n'ont pas été capables de les retrouver ou d'en citer les sources. Des articles existent pourtant, notamment dans la revue *Prescrire*, un article de 2009 reprenant les recommandations de l'AFSSAPS de 2008 (47) intitulé « Prescription de fluor et carie dentaire : des pratiques à améliorer. », un article de décembre 2012 intitulé « Dents et fluor chez les enfants » (48), et un article de mars 2014 reprenant les recommandations de l'HAS de 2010 (49), intitulé « Reconnaître les enfants à risque élevé de caries. ». La revue du Praticien, quant à elle, reprend l'item l'internat dans une version actualisée de 2009, concernant les lésions dentaires et gingivales. (50) La revue *Exercer* a publié le travail de thèse de Dr Pesenti de 2010 sur la création d'un outil informatique d'aide au calcul de posologie des suppléments fluorés. (51) On peut alors s'interroger sur les facteurs rendant peu visibles ces articles aux yeux des généralistes abonnés.

2.2.6. Le point de vue des patients

Le point de vue des patients n'est que supposé par les médecins interrogés. Cette étude ne peut prétendre donner des éléments objectifs permettant d'évaluer le ressenti des patient vis-à-vis de la carie dentaire. Il en est de même pour l'application des recommandations et des règles d'hygiène buccodentaire. Plusieurs médecins jugent très difficile, voire impossible, l'évaluation du suivi des recommandations des médecins par les patients.

2.2.7. Les outils d'aide à la prévention dentaire

Parmi les outils évoqués pour aider les médecins dans leur pratique, l'informatique a reçu un accueil mitigé. Il semblerait que les médecins veuillent éviter de multiplier leurs supports et leurs outils, toujours plus nombreux. Pour autant, certains se sont dits favorables à la mise en place d'aides informatiques, notamment pour la lecture rapide des recommandations et pour l'aide à la posologie des thérapeutiques fluorées.

La création d'un outil d'aide à la prescription avait été proposée lors d'un travail de thèse par Dr Pesenti en 2010. (17) Cet outil permettait de calculer la posologie en fluor per os en fonction des apports alimentaires. Il avait été testé sur 10 médecins volontaires sur la base d'un formulaire quantitatif. Malgré des résultats prometteurs, l'outil n'a pas encore été officiellement validé, et doit être testé à grande échelle, notamment son taux d'utilisation, et son impact sur la qualité des prescriptions et le suivi des recommandations officielles.

3. Perspectives d'avenir

Le sujet de la prévention dentaire est vaste et peu exploré à ce jour. Le présent travail permet la mise en évidence de nombreux obstacles s'opposant aux médecins généralistes, mais révèle également quelques solutions pour améliorer la prise en charge des patients.

De futurs travaux pourraient :

- Confirmer le présent travail, notamment par le recours à des focus-groups ou à des études quantitatives multicentriques.
- Recueillir l'avis et les connaissances des patients sur le sujet de la prévention dentaire, afin d'en évaluer le ressenti, l'observance, et de rechercher les obstacles s'opposant à leur bon état buccodentaire ; une étude qualitative pourrait être conduite dans cette optique.
- Evaluer la qualité des enseignements facultaires sur le sujet de la prévention dentaire.
- Evaluer l'impact des médias sur l'observance et la demande de soins buccodentaires des patients, via des études qualitatives et quantitatives.
- Evaluer les outils d'aide informatisée à la prescription fluorée.
- Créer des supports d'information sur la carie. Médecins et patients semblent effectivement manquer d'informations dans le domaine de la prévention de la carie dentaire. De nombreux médecins interrogés ont souhaité la diffusion de brochures explicatives, à destination des patients mais aussi des praticiens, afin de rappeler les principes de la prise en charge mais aussi de solliciter l'abord du sujet au cours des consultations.
- Réfléchir à la révision et à l'optimisation des recommandations officielles, afin de les rendre plus pragmatiques et plus adaptées à la pratique de la médecine générale, mais aussi dans le but de faciliter la prescription fluorée et son observance.

L'objectif de l'étude était de rechercher les déterminants et obstacles à la prise en charge préventive des caries dentaires et à la prescription adéquate de thérapeutiques fluorées par les médecins généralistes.

L'interview de quinze médecins généralistes suivant une méthodologie qualitative a permis de révéler une méconnaissance et une mauvaise application des recommandations de l'AFSSAPS et de l'HAS. Cela est dû à plusieurs difficultés majeures, parmi lesquelles le manque de temps au cours des consultations, et pour la formation continue. Ce manque de temps impose aux généralistes de sélectionner les domaines traités. Ils se consacrent principalement aux pathologies qu'ils jugent importantes, intéressantes, et sollicitées en majorité par les patients, plutôt qu'à la prévention.

Les patients n'étant pas demandeurs de prévention dentaire auprès des médecins généralistes, et cette fonction pouvant être assurée par d'autres professionnels de santé, comme les dentistes ou les pédiatres, les médecins généralistes se concentrent sur les motifs de consultation demandés par les patients, c'est-à-dire essentiellement à visée curative. Les formations initiales et continues, quant à elles, semblent souffrir de carences sur le sujet. Les médecins interrogés ont évoqué un défaut d'enseignement facultaire, et n'abordent pas le sujet au cours des développements professionnels continus.

L'étude a également permis d'évoquer plusieurs axes d'amélioration. La mise en place de consultation dédiées à la prévention dentaire permettrait de pallier au manque de temps, et d'améliorer le calcul de posologie des compléments fluorés lorsqu'ils sont indiqués. La distribution de brochures, la parution plus régulière d'articles dans les revues médicales, et la mise en avant du sujet dans les formations médicales continues permettraient de diffuser largement les recommandations officielles, et de rehausser l'intérêt porté au sujet. La sensibilisation des parents via le renforcement des campagnes de prévention dentaire et la distribution de documentations permettrait d'aborder plus facilement le sujet au cours des consultations de médecine générale. Les médecins seraient ainsi sollicités plus largement, et pourraient plus facilement aborder le sujet, tout en étant incités à se former.


La révision des recommandations semble par ailleurs opportune, afin de mieux les intégrer dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Le rôle des divers intervenants de santé reste par ailleurs à préciser, afin de mieux investir les praticiens concernés. La prescription de suppléments fluorés doit être facilitée d'après les médecins interrogés. Si l'adaptation aux apports est indiquée comme indispensable, la facilitation de ce calcul le serait alors tout autant.

Annexe 1 : AFSSAPS : Utilisation des produits fluorés

	0-6 mois Nourrisson sans dent*	6 mois-3 ans Mise en place des dents tempo- raires - Autonomie/motricité de l'enfant en cours d'acquisition	3-6 ans Denture temporaire stable - Acquisition de l'autonomie/ motricité de l'enfant	Après 6 ans Mise en place des dents permanentes
Enfant à faible risque carieux	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation annuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	Topique : Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1 000 et 1 500 ppm
Enfant à risque carieux élevé	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation biannuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (verniss, gels...) prescrites et/ou appliquées par un chirurgien-dentiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte. <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1 000 ppm peut être utilisé.</i>	- Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1 000 et 1 500 ppm. Un dentifrice à plus forte teneur en fluor est possible à partir de 10 ans. - Possibilité d'utiliser un bain de bouche fluoré.
Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche ou gouttes, répartis en 2 prises, à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	- Comprimés : à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus		

*absence d'outils d'évaluation du risque individuel validé


**absence de données consensuelles (données contradictoires et manque d'études de niveau de preuve suffisant)



Deux brossages par jour pendant 2 minutes, matin et soir, avec une brosse souple, et la technique B.R.O.S.

Méthode et fréquence

- ✓ 1 fois par jour à l'eau, dès la 1^{re} dent jusqu'à 2 ans, puis avec du dentifrice jusqu'à 3 ans.
- ✓ 2 fois par jour de 3 à 8 ans.
- ✓ 2 fois par jour selon la technique B.R.O.S. à partir de 6 ans.




Fil dentaire tous les soirs

- ✓ Dès le plus jeune âge, quand deux dents se touchent.



Utiliser un dentifrice au fluor à partir de 3 ans avec un dosage adapté à l'âge de l'enfant.




Première visite à 1 an

- ✓ Méthode du genou à genoux. Contenu : dépistage des caries du biberon, contrôle de la respiration et de la succion, sensibilisation des parents aux règles d'hygiène et d'alimentation.

Visite régulière 1 fois par an, dont aux dates clés


- ✓ 6 ans: examen des premières molaires définitives, évaluation de leurs sillons, examen des dents de lait, radios, contrôle respiration, phonation et déglutition, bilan d'orthodontie, technique B.R.O.S., aide au choix du dentifrice, sensibilisation hygiène et alimentation.
- ✓ 9 et 12 ans: suivi des premières molaires définitives et des deuxièmes molaires définitives à 12 ans, bilan d'orthodontie, aide au choix du dentifrice, sensibilisation hygiène et alimentation.
- ✓ 15 et 18 ans: suivi des dents définitives, bilan d'orthodontie, vérification dents de sagesse, sensibilisation hygiène et alimentation, tabac, alcool, piercing et drogue.
- ✓ Femmes enceintes: sensibilisation de la future mère, prévention des risques d'accouchement prématuré, bilan et soins dentaires ad hoc, sensibilisation hygiène et alimentation.
- ✓ 35 et 55 ans: bilan parodontal et carieux, plan de traitement, dépistage du cancer buccal (55 ans), éducation thérapeutique, alerte tabac et alimentation.
- ✓ Plus de 60 ans: bilan et plan de traitement, interactions entre maladies, traitements et santé buccale, éducation thérapeutique et alimentation.




Alimentation équilibrée

- ✓ Pas plus de quatre prises alimentaires par jour.
- ✓ Apport de protéines, lipides et glucides.
- ✓ Pas de boissons sucrées ni acides et pas de sodas, même « light ».
- ✓ Attention aux sucreries et sucres cachés.

En complément

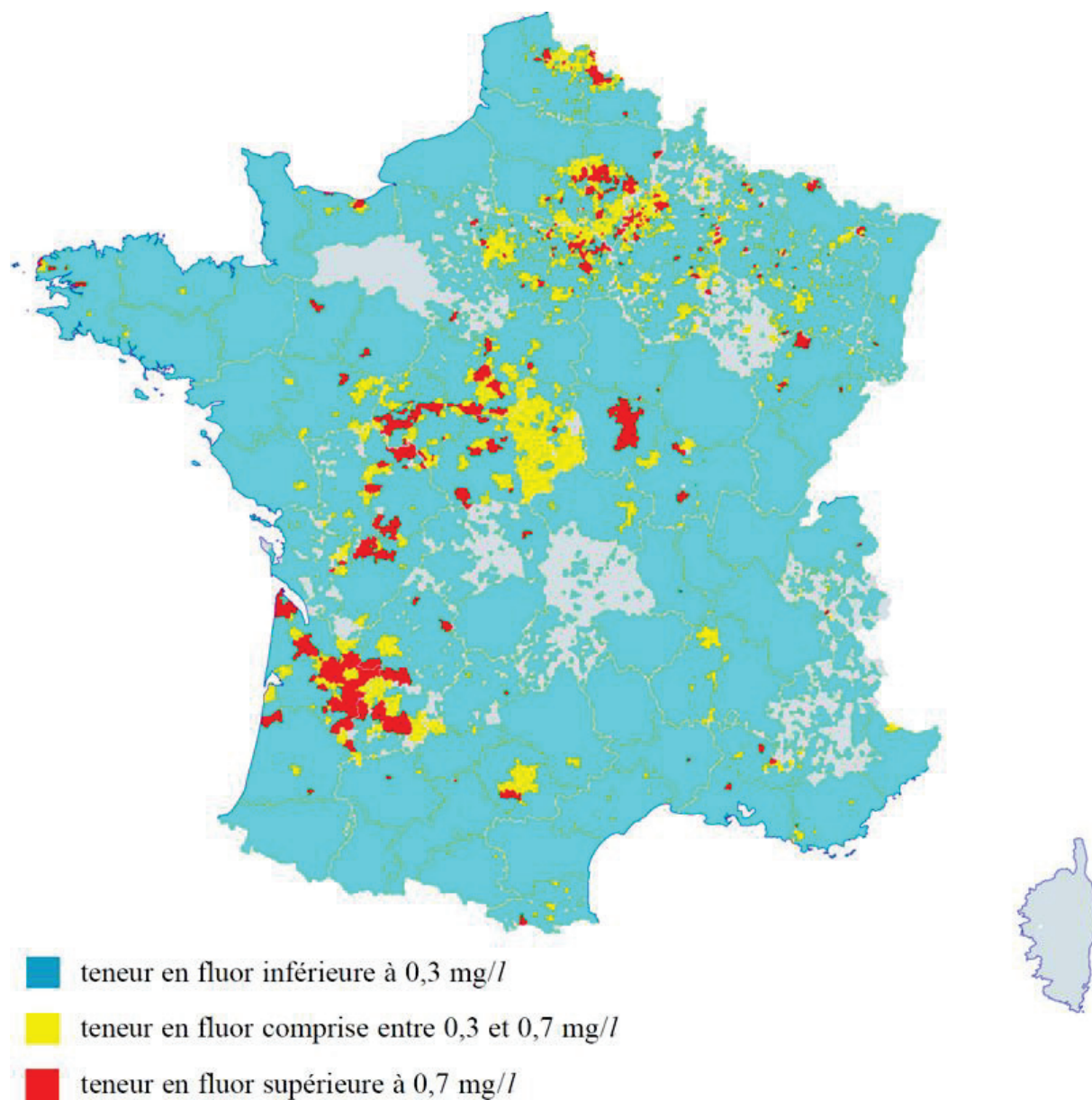


La mastication d'un chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire pendant 20 minutes.



Le bain de bouche d'entretien comme complément d'hygiène.

Annexe 3 : DDASS : Teneur en fluor des eaux communales en 1998



Annexe 4 : UFSBD : Fiche d'aide au bilan des apports fluorés

Fiche de bilan fluor journalier

Date : / /

Nom Prénom
Adresse

Age ans Poids Kg

Eau de boisson		Teneur	Quantité (L)	Total
eau de distribution		mg/L	X L	= mg
eau embouteillée		mg/L	X L	= mg
Si biberon seul :		((poids/10)+ 0,25)		
biberon (lait maternisé)		mg/L	X L	= mg

, mg

Alimentation			Total
générale		- 6 ans = 0,1 ; + 6 ans = 0,2	mg
thé		l X 1mg	= mg

, mg

Sel de table		F = 0,12/repas/j ; non F = 0	Total
domicile		X repas	= mg
cantine scolaire (si régulier)		F = 0,12 ; non F = 0	mg

, mg

Apport médicamenteux		Zymafluor ; Zymaduo	Teneur	Total
gouttes		gttes X	0,06 mg	= mg
Zymafluor 0,25 / 0,50 / 0,75 / 1mg ; Fluor Crinex 0,25mg ; CaF Crinex 0,25mg ; Calcifluor 0,75mg				
comprimés		comp X	mg	= mg
Fluorex 0,25 mg/dose ; Oligosul fluor 0,2 mg/ampoule				
autres types d'apports		X	mg	= mg
Fluogum (seulement si utilisation quotidienne)				
Gomme à mâcher		tabs X	0,11 mg	= mg

, mg

Dentifrice			longueur de dentifrice sur la brosse
marque			ppm X cm
type		= ppm X	= mg
		/ 1000 X	= mg

Si âge inférieur à 10 ans ingestion mg X % = mg

, mg

TOTAL , mg

soit , mg / Kg = mg / Kg / J

Autres apports topiques (pour mémoire)			
bain de bouche	marque		= ppm
Gel fluoré	marque		= ppm

Thème 1 : Quel est l'intérêt porté à la prévention dentaire ?

- Pourriez-vous me **raconter la dernière fois** que vous avez parlé de caries avec un patient ?
- Selon vous, est-ce le **rôle du médecin généraliste** ? Pourquoi ?

Thème 2 : La patientèle est-elle concernée ?

- **Pour quels patients** abordez-vous plus facilement l'état bucco-dentaire ?
- Quelles **complications** d'un mauvais état buccodentaire rencontrez-vous le plus souvent ?
- Quel **temps de la consultation** vous semblerait le plus **propice** pour aborder la **prévention dentaire** ?
- Quelles sont les **questions des parents** revenant le plus souvent concernant la dentition de leurs enfants ? Quelles réponses apportez-vous ? Avez-vous parfois des difficultés à répondre ?
- Les **parents appliquent-ils** généralement les **mesures hygiéno-diététiques** que vous leur indiquez ?

Thème 3 : Les pratiques du médecin ?

- En pratique, **que faites-vous pour lutter contre la carie** ?
- Quels sont les **supports d'information** sur lesquels vous appuyez vos pratiques ?

Thème 4 : Pratiques du médecins VS les recommandations.

- Avez-vous déjà lu les **recommandations officielles** ?
 - o 'Oui' : Qu'en pensez-vous ? Sont-elles adaptées à votre pratique ? Pourquoi ?
 - o 'Non' : Pour quelles raisons ?
- **L'AFSSAPS** recommande de ne traiter que les **enfants à haut risque carieux**, dont voici les critères. Qu'en pensez-vous ? Rencontrez-vous de tels patients régulièrement ?
- Voici un **tableau de l'AFSSAPS** récapitulant la **prise en charge préventive** de la carie dentaire. Qu'en pensez-vous ?
- **L'AFSSAPS** recommande, avant toute supplémentation fluorée systémique, un **bilan des apports quotidiens** en fluor. Comment le faites-vous en pratique ?
- **L'UFSBD** a établi une **fiche de calcul** des apports quotidiens en fluor de l'enfant. Qu'en pensez-vous ?
- Toutes ces **recommandations** vous semblent-elles **adaptées** à votre pratique quotidienne ?

Thème 5 : Ouverture :

- Comment pourrait-on **susciter l'intérêt** des médecins généralistes pour la prévention dentaire ?
- Comment **faciliter la prescription** de fluor ?

Conclusion :

- **Résumé** des points clés de l'entretien.
- Y a-t-il des aspects de la prévention des caries dentaires que nous n'aurions **pas abordés** ?

Annexe 6 : Chronologie des entretiens et des canevas d'entretien

- Le 07 Août 2013 : **1^{er} prototype de canevas**, soumis à corrections auprès de la faculté.
- Le 03 Septembre 2013 : **2^{ème} prototype de canevas**, soumis à corrections auprès de la faculté.
- Le 09 Septembre 2013 : **3^{ème} prototype de canevas**, soumis à corrections auprès de la faculté.
- Le 07 Octobre 2013 : **soumission du canevas à la correction** par les directeurs de thèse.
- Le 21 Octobre 2013 : **1^{ère} version du canevas** validée par la faculté et les directeurs de thèse.
- Le 25 Novembre 2013 : **1^{er} entretien**, mené sur Cannes.
- Le 03 Décembre 2013 : **2^{ème} entretien**, mené sur Nice.
- Le 06 Décembre 2013 : **3^{ème} entretien**, mené sur Cagnes-sur-Mer.
- Le 08 Décembre, **2^{ème} version du Canevas**. Modification de l'ordre des questions, afin de mieux distinguer les déterminants de la prescription fluorée et les perspectives d'amélioration. Mise en gras des éléments importants afin de faciliter la conduite des entretiens.
- Le 17 Décembre 2013 : **4^{ème} entretien**, mené sur Cannes.
- Le 18 Décembre 2013 : **3^{ème} version du Canevas**. Approfondissement des questions sur la patientèle et la sollicitation des médecins par les parents.
- Le 21 Décembre 2013 : **5^{ème} entretien**, mené sur Nice.
- Le 22 Décembre 2014 : **4^{ème} version du Canevas**. Réorganisation complète de la partie s'intéressant à la formation des médecins généralistes et à leur connaissance des recommandations. Avant de leur donner les recommandations, questionnement beaucoup plus ouvert sur les pratiques des médecins, puis recentrage autour des recommandations, pour enfin leur donner les recommandations et leur demander leur avis. Il s'agira de la **version finale** du canevas.
- Le 15 Janvier 2014 : **6^{ème} entretien**, mené sur Cannes.
- Le 16 Janvier 2014 : **7^{ème} entretien**, mené sur Mouans-Sartoux.
- Le 01 Février 2014 : **8^{ème} entretien**, mené sur Nice.
- Le 10 Février 2014 : **9^{ème} entretien**, mené sur Vallauris.
- Le 20 Février 2014 : **10^{ème} entretien**, mené sur Le-Cannet.
- Le 04 Mars 2014 : **11^{ème} entretien**, mené sur Gassin (Var).
- Le 05 Mars 2014 : **12^{ème} entretien**, mené sur Cogolin (Var). **Saturation des données**.
- Le 05 Mars 2014 : **13^{ème} entretien**, mené sur Cavalaire-sur-Mer (Var).
- Le 10 Mars 2014 : **14^{ème} entretien**, mené sur Mougins.
- Le 24 Mars 2014 : **15^{ème} entretien**, mené sur La-Roquette-sur-Siagne.

Bibliographie

1. Petersen PE. L'OMS publie un nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde. 2004;41(79):1-2.
2. HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010;1-180.
3. Arbab Chirani R, Foray H. Dental fluorosis: etiological diagnosis. Arch Pediatr. 2005 Mar;12(3):284-7.
4. Desfontaine J. La prévention de la carie : le fluor. Rev Orthop Dento Faciale. 2010 Mar 30;36(3):335-50.
5. Joseph N, Perreau T, Musset A-M BL. Évaluation de la prescription et de la consommation de fluor chez les enfants de l'Est de la France . État bucco-dentaire de cette population. Prat Organ des Soins. 2008;39 n° 4:297-309.
6. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Ministère des Aff Soc la Santé. 2013;1-6.
7. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Epidemiological study of oral dental health of 4-year-old children in french nursery schools. Arch Pediatr. 2006 Sep;13(9):1222-9.
8. AFSSAPS. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. 2008;
9. La prévention carieuse vue et corrigée par la HAS. Cons l'Ordre des Chir. 2011;
10. INPES. Promouvoir la santé bucco-dentaire. 2012;417.
11. fluor et santé bucco-dentaire : situation en France. Ministère du Trav l'emploi la santé fluor. 2008;1-7.
12. Hescot P, Roland E. La santé dentaire en France en 1998. UFSBD. 1999;
13. Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Dir Générale la Santé. 2006;
14. Bocquet a, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. Arch Pediatr. 2005 Dec;12(12):1688-96.
15. Assathiany R, Salinier C, Opsahl-Vital S, Courson F. Connaissance et application par les pédiatres ambulatoires des recommandations de l'Afssaps sur la prescription de fluor. Arch Pediatr. Elsevier; 2010 Jun;17(6):778-9.
16. Triller M. Le fluor, agent preventif de la maladie carieuse : mécanisme, sources, risques. Arch Pédiatrie. 1998;1149-52.
17. Pesenti C. Creation d'un outil informatique permettant le bilan journalier des apports en fluor chez l'enfant a haut risque carieux et evaluation de son utilite en medecine generale [thèse]. 2010;
18. Hong, Levy, Warren, Broffitt, Cavanaugh. Fluoride Intake Levels in Relation to Fluorosis Development in Permanent Maxillary Central Incisors and First Molars. Caries Res. 2006;

19. Dean H. Endemic fluorosis and its relation to dental caries. *Nutrition*. 1990;435–45.
20. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978;6:315–28.
21. Mabelya L, König K, van Palenstein Helderma W. Dental fluorosis, altitude, and associated dietary factors. *Caries Res*. 1992;26:65–7.
22. Tinanoff, Kanellis, Vargas. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent*. 2002;543–51.
23. L'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. 2013; Available from: <http://www.ufsbd.fr/>
24. Muller-Bolla, Courson, Manière-Ezvan, Viargues. Le brossage dentaire : quelle méthode ? *Rev d'Odonto-Stomatologie*. 2011;40:173–91.
25. Van der Weijden F, Slot DE. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. *Periodontol 2000*. 2011 Feb;55(1):104–23.
26. Guidelines on the use of fluoride in children : an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):129–35.
27. Mandinic Z, Curcic M, Antonijevic B, Carevic M, Mandic J, Djukic-Cosic D, et al. Fluoride in drinking water and dental fluorosis. *Sci Total Environ*. 2010 Aug 1;408(17):3507–12.
28. McClure F. Fluorine in Foods. *Public Health Rep*. 1949;64(34).
29. Naccache, Simard, Trahan, Brodeur, Demers, Lachapelle, et al. Factors affecting the ingestion of fluoride dentifrice by children. *J Public Health Dent*. 1992;52(4):222–6.
30. Direction Générale de la Santé. Plan national de prévention bucco-dentaire. 2006;
31. Assurance Maladie. M'T Dents. 2014; Available from: <http://www.mtdents.info/>
32. Albertini P, Del Volgo A. Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans. Union Régionale des Caiss d'Assurance Mal d'Ile Fr. 2001;
33. Polton D, Meunier N. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. IRDES. 2005;
34. Direction générale de la Santé. La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France en 2006. 2006;
35. Blanchet A, Gotman A, Armand C. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2010.
36. Letrilliart, Bourgeois, Vega, Cittée, Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer Revue Française de Médecine Générale*. 2009. p. 74–9.
37. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26:1–18.
38. Guest G. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods*. 2006 Feb 1;18(1):59–82.
39. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qual Soc Res Sozialforsch*. 2010;11(3).

40. CNIL. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [Internet]. Available from: <http://www.cnil.fr/>
41. Altpeter, Burnand, Capkun, Carrel, Cerutti, Mäusezahl-Feuz, et al. Essentials of good epidemiological practice. *Soz Präventivmed.* 2005;50:12–5.
42. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 2012.
43. Jick TD. Mixing Qualitative and Quantitative Methods : Triangulation in Action Mixing Qualitative and Quantitative Methods : Triangulation in Action. *Adm Sci Q.* 1979;24(4):602–11.
44. Barbour. Checklists for improving rigour in qualitative research. *BMJ.* 2001;323.
45. Cooper A, O'Malley L, Elison S, Armstrong R, Burnside G, Adair P, et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. 2013;(5).
46. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 2 juin 2007 relatif au deuxième cycle des études médicales. *Bull Off.* 2007;23.
47. Prescription de fluor et carie dentaire : des pratiques à améliorer. *Prescrire Tome 29 N° 314.* 2009;(33):946.
48. Dents et fluor chez les enfants. *Prescrire.* 2012;350.
49. Reconnaître les enfants à risque élevé de caries. *Prescrire Tome 34 N° 365.* 2014 Mar;34(365):212–3.
50. Lésions dentaires et gingivales. *La Revue du Praticien.* 2009;
51. Pesenti C, Laure R. Création d'un outil informatique permettant le bilan quotidien des apports en fluor chez l'enfant à haut risque carieux et évaluation de son utilité. *Exerc Rev Française Médecine Générale.* 2010;100:20–1.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

* * *

Les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription fluorée. Point de vue des médecins généralistes.

Thèse de Médecine Générale – Université de Nice – 2014.

Mr. Tavernier William.

Contexte : La carie dentaire reste une pathologie à forte prévalence, avec pour conséquences de nombreuses complications médicales locales et générales, à l'origine d'un important coût de santé. Des thérapeutiques fluorées topiques et systémiques existent, mais semblent ne pas être utilisées à bon escient par les médecins généralistes, malgré des recommandations récentes et complètes.

Objectif : Mettre en évidence les déterminants de la prise en charge préventive de la carie dentaire et de la prescription des thérapeutiques fluorées par les généralistes.

Méthode : Une étude qualitative a été menée, permettant la réalisation de 15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes dans plusieurs communes des Alpes-Maritimes et du Var. Après retranscription des entretiens, le codage des verbatims a permis d'aboutir à une analyse thématique, et à l'extraction des données recherchées.

Résultats : L'étude révèle qu'aucun des praticiens interrogés n'assure la prise en charge de la prévention de la carie dentaire recommandée par l'HAS et l'AFSSAPS. Ils expriment de nombreuses difficultés pour justifier ce manquement, parmi lesquelles le manque de temps est omniprésent, imposant aux praticiens de ne répondre qu'aux motifs de consultation et de délaissier la prévention dentaire, qu'ils jugent souvent du ressort d'autres professionnels, tels le dentiste ou le pédiatre. Le manque d'information des patients est également délétère. Ils ne semblent pas être au fait des mesures préventives, et n'en parlent pas à leurs médecins. Les praticiens, non sollicités et souffrant d'un manque de temps, se forment peu au domaine dentaire. Les programmes de DPC sur le sujet sont quasi inconnus. La prescription fluorée s'en trouve inadaptée, voire souvent inexistante, d'autant que le calcul de posologie s'avère complexe, notamment par la nécessité de calculer les apports alimentaires en fluor.

Conclusion : Cette étude pose les bases de futurs travaux. Une prochaine étude pourra confirmer les tendances retrouvées, et une réflexion pourra être menée sur les perspectives d'amélioration des pratiques des généralistes, notamment en terme de formation et d'aménagement de consultations à visée dentaire.

Mots clés :

Médecine générale, étude qualitative, prévention, carie dentaire, fluor.