

UNE ACTION DE PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE
AUPRES DES ELEVES DE CM2 DES ECOLES DE CAGNES SUR
MER

Année 2017

Thèse n°42571730

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le Jeudi 28 Septembre 2017

Par

Monsieur Steve BENSIMON

Né le 04 Septembre 1990 à Nice

Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Monsieur le Docteur
Madame le Docteur
Monsieur le Docteur

LUPI Laurence
BERTRAND Marie-France
CEINOS Romain
BORSA Leslie
BOILEAU Cédric

Présidente du jury
Assesseur
Assesseur
Directrice de Thèse
Membre invité

CORPS ENSEIGNANT

56^{ème} section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme PIERRE Audrey

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Assistante Associée-Praticien Associé : Mme OUEISS Arlette
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BUSSON Floriant

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme SOSTHE Anne Laure
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme BORSA Leslie

57^{ème} section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BORIE Gwenaël
Assistant Hospitalier Universitaire : M. RATHELOT Benjamin

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Professeur des Universités Associées : Mme MERIGO Elisabetta
Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice
Maître de Conférences des Universités : M. SAVOLDELLI Charles
Assistant Hospitalier Universitaire : M. PAUL Adrien

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine

58^{ème} section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : M. MEDIONI Etienne
Professeur Emérite : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Maître de Conférences Associé des Universités : M. CEINOS Romain
Assistant Hospitalier Universitaire : M. MORKOWSKI-GEMMI Thomas
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DUVERNEUIL Laura
Assistant Hospitalier Universitaire : M. GANDJIZADEH GHOUCHANI Mir-Payam

Sous-section 02 : PROTHESES

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire
Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CERETTI Léonor
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN GENDREL Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAMMUT Arnaud

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. BOLLA Marc
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AZAN Cindy

A Madame le Professeur Laurence Lupi
Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Responsable de la Sous-section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé,
Odontologie Légale
Doyenne de l'UFR Odontologie de l'université de Nice Sophia-Antipolis

C'est un grand honneur pour moi de vous avoir en tant que Présidente du Jury. Je tenais à vous remercier de m'avoir accompagné tout au long de mes études, vous avez été d'un soutien sans faille. Votre gentillesse, votre sourire et votre bienveillance m'ont énormément apporté durant toutes ces années.

A Madame le Professeur Marie-France Bertrand
Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Responsable de la Sous-section Odontologie Conservatrice, Endodontie

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Votre sens de la pédagogie et votre implication tout au long de mes études ont été précieux. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Romain Ceinos
Docteur en Chirurgie Dentaire
Maitre de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier

C'est un grand plaisir de vous avoir dans mon jury. Merci pour tout votre enseignement depuis la troisième année d'Odontologie et de m'avoir encadré à l'hôpital. Vous avez été essentiel pour moi dans mes études. Je ne saurai l'oublier.

A Madame le Docteur Leslie Borsa
Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire, Praticien Hospitalier

Je ne saurai jamais assez vous remercier pour la direction de ma thèse. C'est en grande partie grâce à vous si l'action dans les écoles de Cagnes sur Mer s'est merveilleusement déroulée. Vous avez été très disponible depuis le début de ce travail ce qui a été essentiel. Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de ma profonde estime.

A Monsieur le Docteur Cédric Boileau
Docteur en Chirurgie Dentaire
DU d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique.
Post-Graduate New York University Implantologie et Parodontologie.

Je tenais à vous remercier de faire partie de ce jury. Le stage actif au sein de votre cabinet m'a énormément apporté dans l'apprentissage de ma future profession. Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de toute ma gratitude.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	5
2	Généralités	6
2.1	Rappel sur les différents niveaux de prévention	6
2.2	La prévention bucco-dentaire en France	7
2.3	L'école, un lieu privilégié pour la santé bucco-dentaire	10
2.4	Le programme M'T' Dents.....	12
2.5	Un système de santé bucco-dentaires différent du nôtre : l'exemple Danois.....	15
3	Une action de promotion de la santé bucco-dentaire auprès des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer	18
3.1	Objectifs	18
3.2	Matériel et méthodes	19
3.2.1	Les présentations aux élèves	20
3.2.2	Les dépistages.....	22
3.2.3	Fin de session.....	24
3.3	Résultats	24
3.3.1	Résultats des questionnaires de connaissances initiales adressés aux élèves	24
3.3.2	Résultats des dépistages.....	27
3.3.2.1	Habitudes de vie et d'hygiène bucco-dentaire	27
3.3.2.2	Santé bucco-dentaire.....	31
3.4	Discussion	31
3.5	Conclusion	33
4	Conclusion	34
5	Table des illustrations	35
6	References.....	36
7	Annexes.....	38
7.1	Annexe 1.....	38
7.2	Annexe 2.....	39
7.3	Annexe 3.....	40
7.4	Annexe 4.....	41

1 Introduction

Depuis la fin des années 1980 en France, nous avons pu remarquer une nette diminution de l'indice CAO chez les enfants (UFSBD, La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, 2006). Cette baisse significative n'est pas étrangère à la mise en place, par les pouvoirs publics, d'une politique de santé publique relative à la prévention bucco-dentaire en milieu scolaire.

L'école étant obligatoire pour tous les enfants jusqu'à 16 ans, l'éducation collective en milieu scolaire est donc un moyen très efficace de lutter contre toutes les formes d'inégalités sociales présente en France en matière de santé bucco-dentaire. Cette éducation est un moyen pour l'enfant de mieux maîtriser sa santé dentaire tout au long de sa vie.

De fait, l'établissement scolaire s'avère être propice à adopter les bonnes pratiques dès le plus jeune âge d'autant que l'on connaît bien l'importance de la prise en charge précoce des affections dentaires.

C'est donc dans la continuité du programme M'T dents et de son volet prévention dans les écoles, annulé par l'Etat depuis la rentrée 2014, exception faite concernant certaines « zones défavorisées », que le Professeur Lupi et le département de santé publique du CHU de Nice ont décidé de mettre en place une action de prévention auprès des élèves de CM2 d'une ville moyenne des alpes maritimes, celle de Cagnes sur Mer, durant l'année scolaire 2015-2016.

Cette action s'inscrit dans la logique du projet de Loi de Santé Publique : « la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire comme un moyen indispensable de soutien des jeunes pour l'égalité des chances en santé ».

2 Généralités

2.1 Rappel sur les différents niveaux de prévention

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) en 1948, la santé ne se définit pas seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité », mais bien comme « un état complet de bien-être physique, mental et social. ». (OMS, CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, octobre 2006)

De plus la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, distingue deux niveaux dans l'approche des problèmes de santé : le niveau de la personne dit « individuel » et le niveau de la population dit « collectif » :

- L'approche par la personne correspond aux comportements individuels et spontanés des usagers du système de santé et des professionnels de santé, tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention. (HAS, 2010)
- L'approche populationnelle appréhende les problèmes de santé à travers l'ensemble des déterminants de l'état de santé d'une population (physiques, sociaux, économiques, culturels, etc.). Elle correspond aux actions de santé qui visent à pallier les insuffisances du jeu spontané des acteurs au sein d'une population. (HAS, 2010)

L'OMS distingue 3 niveaux de prévention :

- La prévention primaire qui comprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme (réduction de l'incidence d'une pathologie) (HAS, 2010). A l'échelle de la communauté, ce niveau de prévention se définit essentiellement par la promotion de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire notamment à l'école. Ces programmes étant la plupart du temps mis en place par des associations (F. Courson, 2010). A l'échelle de l'individu, elle permet de divulguer les bons conseils en matière d'hygiène buccodentaire et d'alimentation. (F. Courson, 2010)

- La prévention secondaire, quant à elle, regroupe l'ensemble des moyens pour détecter la maladie afin d'en prévenir l'aggravation par des soins précoces (HAS, 2010). Prenons pour exemple le volet « consultation » du programme M'T Dents où les enfants âgés de 6,9,12,15 et 18 se présentent en consultation chez le dentiste pour réaliser la consultation et un dépistage.
- Et enfin la prévention tertiaire englobe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications ou les séquelles (réduction des conséquences d'une maladie). (HAS, 2010)

2.2 La prévention bucco-dentaire en France

Depuis la mise en place des politiques de prévention de la santé bucco-dentaire, la prévalence des caries chez les jeunes enfants a baissé de manière conséquente.

Cette prévention bucco-dentaire collective a commencé à être réellement effective en France depuis le début des années 1980 à l'initiative du gouvernement. Les années 1966 à 1975 correspondent, quant à elles, plutôt à la mise au point des fondements de l'éducation à la santé bucco-dentaire et au début des actions dans les écoles.

Auparavant, l'UFSBD avait déjà amorcé la mise en place des programmes de prévention afin de tenter de donner à tous un accès égal à la santé et à l'éducation de l'hygiène bucco-dentaire.

L'UFSBD est une association de chirurgiens-dentistes fondée en 1966 avec pour objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire des français par la promotion et l'éducation à la santé bucco-dentaire.

Cette association a notamment permis l'introduction du sel fluoré (1986), ce qui a eu pour conséquence de diviser par 3 l'indice carieux chez les enfants âgés de 12 ans.

En effet, l'indice CAOD (indice de dents cariées, absentes ou obturées) chez les enfants était de 4,2 en 1987 alors qu'il n'était plus que de 1,2 en 2006. (UFSBD, La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, 2006)

De plus, le nombre d'enfants de 12 ans sans aucune expérience carieuse est passé de 12% en 1980 à 56% en 2006. (UFSBD, La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, 2006)

Depuis le début des années 1980 (date à partir de laquelle des données sont disponibles), on a ainsi pu noter une nette amélioration de l'état de santé bucco-dentaire chez les enfants.

Ces résultats globaux semblent toutefois masquer des disparités entre les enfants puisque dans l'individualité les résultats obtenus en matière d'expérience carieuse varient notamment en fonction de l'activité de la mère (I. Lopez, 2007), mettant ainsi en évidence des inégalités sociales.

On peut en effet noter une différence de 15 points selon la catégorie socio-professionnelle de la mère, et ce en 1998 comme en 2006 (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013).

Les enfants ne naissent pas égaux face au risque carieux, le tableau ci-dessous nous montre le pourcentage d'enfants âgés de 12 ans ayant déjà eu un épisode carieux en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la mère : (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013)

	La mère est ouvrière	La mère est cadre
Pourcentage d'enfants de 12 ans ayant déjà eu un épisode carieux en 1998	32% sans carie	47% sans carie
Pourcentage d'enfants de 12 ans ayant déjà eu un épisode carieux en 2006	52% sans carie	67% sans carie

Figure 1 : Pourcentage des enfants de 12 ans ayant déjà eu une expérience carieuse.

Selon des chiffres plus récents, 90% des enfants de cadres entre 6 et 10 ans n'ont jamais eu de carie, alors que seulement 70% des enfants d'ouvriers sont dans une situation identique. (UFSBD, Lancement de la campagne de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire de l'UFSBD, 2013). En maternelle, 4% des enfants dont la mère est cadre ont une carie non soignée, contre 23% des enfants d'ouvriers. (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013)

Ainsi, si la tendance semble perdurer, il faut cependant souligner l'évolution favorable des chiffres pour les deux catégories.

Une autre victime des disparités est la consultation annuelle chez le dentiste, puisque plus la mère présente un cursus scolaire important, plus le taux de consultations chez le dentiste sera impacté positivement, ce qui est l'inverse en cas d'absence de diplômes.

On note par ailleurs que seuls 56% des enfants dont la mère est au chômage se présenteront en consultation chaque année. (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013)

En effet, en 2008 une enquête réalisée par handicap santé « volet ménages » (INSEE & DREES) a permis de mettre en évidence que 30% des enfants de 5 à 15 ans n'ont pas consulté de dentiste. Ce chiffre descend à 26% une fois cet âge passé. Encore une fois, les chiffres mettent en évidence des inégalités sociales (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013):

- Si la mère est cadre : 79% des enfants ont consulté
- Si la mère est ouvrière : 69%
- Si la mère ne présente pas de diplôme : 62%
- Si la mère présente un diplôme : 76%

Ces résultats soulèvent bien le problème récurrent des inégalités sociales, facteur qui a donc de réelles conséquences sur la santé bucco-dentaire des enfants, et ce tous âges confondus.

Suite à la loi de santé publique du 9 août 2004, et en correspondance avec les objectifs fixés dans le domaine du dentaire, notamment de faire baisser le CAOD des enfants âgés de 6 à 12 ans, le Ministère de la Santé et des Solidarités a confié en 2006 à l'UFSBD la réalisation d'une nouvelle enquête épidémiologique nationale sur la santé bucco-dentaire des enfants âgés de 6 et 12 ans.

Dans cette continuité et face à ces inégalités, l'assurance maladie a décidé en 2007 de mettre en place et de financer, avec l'aide du gouvernement, un programme de prévention qui s'adresse aux enfants âgés de 6, 9, 12, 15, 18 ans afin de leur faire acquérir les connaissances nécessaires en matière d'hygiène et de santé bucco-dentaire et à les inciter à réaliser les examens de prévention.

Ce programme, baptisé « M'T Dents », permettait des consultations dentaires gratuites pour les enfants des âges concernés ainsi que la mise en place de d'actions de prévention dans les écoles. Le volet prévention a été annulé par l'Etat depuis la rentrée 2014 excepté dans certaines « zones défavorisées ». La nette contradiction de cette décision avec le projet de Loi de Santé Publique de l'époque, future loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, expliquant que : « la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire comme un moyen indispensable de soutien des jeunes pour l'égalité des chances en santé » est à souligner !

Le volet dépistage chez le chirurgien-dentiste a quant à lui été maintenu pour des âges stratégiques, favorisant un contact précoce avec un chirurgien-dentiste, et instaurant des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés aux risques carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans avec prise en charge d'une visite d'examen bucco-dentaire et des soins consécutifs à 100 %.

2.3 L'école, un lieu privilégié pour la santé bucco-dentaire

Pourquoi l'école est-elle un lieu privilégié pour l'apprentissage de la santé bucco-dentaire ?

L'école est le terrain de prévention majeur pour lutter contre les inégalités sociales. En effet, étant obligatoire en France, chaque enfant devrait donc être présent lors des séances de prévention.

Il a été démontré qu'une éducation à l'hygiène buccodentaire dans le milieu scolaire est très efficace, car elle permet de toucher tous les milieux à la fois.

Ce lieu est donc parfait pour l'adoption de bonnes pratiques dès le plus jeune âge car prévenir la maladie carieuse passe par une bonne connaissance des gestes d'hygiène bucco-dentaire et une bonne alimentation.

La présence de l'instituteur dans la salle de classe permet une meilleure assimilation des conseils prodigués par les intervenants. Ces actions de préventions sont réalisées auprès d'un public réceptif car les interventions sont basées sur des jeux interactifs et des mises en situation.

De plus, les intervenants utiliseront cette occasion pour délivrer un message de prévention plus général car santé générale et santé bucco-dentaire sont étroitement liées.

Egalement, les connaissances que les enfants auront acquis au cours de ces séances peuvent permettre un changement des habitudes dans leurs entourage, ce qui par la suite peut être bénéfique pour un bon maintien de l'hygiène orale de toute la famille.

Par ailleurs, la présence des chirurgiens-dentistes amène une dimension encore plus convaincante à ce volet « prévention », les élèves étant très réceptifs lors de ces actions. Le message délivré sera d'autant plus pertinent.

Il n'est plus à démontrer que le milieu de l'école primaire est propice à la consommation de sucreries, et les élèves sont très nombreux à grignoter lors des récréations.

Pourtant, l'enfant demi-pensionnaire a très peu de possibilités de se brosser les dents à la cantine. Or, un brossage au moins deux fois par jour (c'est-à-dire matin et soir) avec un dentifrice fluoré est impératif. (I. Lopez, 2007) Ainsi, ne serait-il pas opportun d'instaurer un brossage dans les écoles primaires à la pause du midi ?



Figure 2 : Présentation d'un élève de 6^{ème} année lors d'une action de prévention dans les écoles.

2.4 Le programme M'T' Dents



Figure 3 : Logo du Programme M'T Dents

Comme nous l'avons énoncé précédemment, les écoles bénéficiaient depuis 2007 d'un programme de prévention et de promotion bucco-dentaire mais la rentrée 2014 en a sonné la fin. Il a en effet été annulé en 2013.

Ce programme de prévention, que l'assurance maladie avait baptisé « M'T Dents », permettait aussi aux enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans de profiter de rendez-vous chez leur dentiste sans avance de frais au préalable, le tout étant pris en charge par l'assurance maladie à 100%.

Ce programme de prévention présentait 2 volets distincts :

- Un volet « prévention » dans les écoles où les chirurgiens-dentistes passaient dans les salles de classes.
- Un volet « consultation » où les enfants se présentaient chez leurs chirurgiens-dentistes afin de procéder à la consultation dentaire.

Ce dernier volet est toujours d'actualité tandis que la partie prévention a malheureusement été supprimée de ce programme, faute de budget. Il reste néanmoins maintenu dans certaines zones dites « prioritaires ». Ces zones représentent 20 000 enfants seulement dans toute la France.

Il aurait, durant sa mise en place, aurait permis la sensibilisation de quelques 500 000 enfants. Plus précisément, durant la période scolaire de 2012-2013, 416 chirurgiens-dentistes et 107 éducateurs à la santé ont sensibilisé 228 402 enfants de 6, 9 et 12 ans dans

5 123 écoles primaires et collèges. (UFSBD, Lancement de la campagne de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire de l'UFSBD, 2013)

Les âges sélectionnés sont stratégiques et correspondent aux périodes où les enfants sont les plus exposés aux risques dits « cariogènes ».

L'UFSBD intervenait dans les classes, dans toute la France, pour sensibiliser les élèves à la santé bucco-dentaire et montrer à chacun les bons gestes quotidiens à adopter, puis les inciter par la suite à se rendre chez leurs chirurgiens-dentistes dans le cadre dudit programme M'T Dents.

Plus précisément, il existait plusieurs ateliers lors de ces visites en classe :

- Des « quiz » d'évaluation de connaissances
- Une explication sur la méthode de brossage
- Des dessins montrant les règles d'hygiène bucco-dentaire

Statistiquement et selon l'UFSBD, en moyenne 96 % des enfants étaient présents lors de ces rendez-vous. 92% de ces enfants en parlaient à leurs parents. (UFSBD, Lancement de la campagne de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire de l'UFSBD, 2013)

Selon la DREES (2013) :

- 75% des enfants de 6 ans se sont rendus chez leur dentiste pour l'examen bucco-dentaire M'T Dents.
- 70 % pour la tranche d'âge de 9 et 12 ans.
- Par contre les 15–18 ans étaient bien moins nombreux, le chiffre tombant à 40 %.

Le recours chez le dentiste n'était pas le même selon la représentation géographique.

En effet 70% des enfants de France métropolitaine de 5 à 15 ans se présentaient chez le dentiste tandis que seulement 46% se présentaient dans les DOM-TOM. (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013)

Le taux de consultation du dentiste chez les enfants de 6 ans, dans le cadre du programme, est différent en fonction du travail de la mère (Lucie Calvet et Muriel Moisy, 2013):

Situation de la mère	% de participation des enfants de 6 ans au programme M'T' Dents
Employée	64
Ouvrier	71
Cadre	82
Les parents ont la CMU	60

Figure 4 : Taux de consultation chez le dentiste chez les enfants de 6 ans dans le cadre du programme M'T' Dents en fonction de la situation socio-professionnelle de la mère.

Selon le tableau ci-dessus nous pouvons remarquer que la gratuité des soins et l'avance des frais n'est pas synonyme de présence chez le dentiste.

Le programme M'T Dents accordait une importance particulière quant à l'alimentation des enfants :

- La moitié des élèves de CM2 déclaraient boire tous les jours des boissons sucrées. 50 % des enfants de CM2 buvant des boissons sucrées régulièrement ont des dents cariées ou obturées
- Seuls 30% déclaraient ne jamais en boire. (UFSBD, Lancement de la campagne de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire de l'UFSBD, 2013)

Avec la fin de ce programme de prévention seuls 20 000 enfants scolarisés dans des zones dites « prioritaires » y auront droit.

2.5 Un système de santé bucco-dentaires différent du nôtre : l'exemple Danois

Le système de santé bucco-dentaire danois présente de nombreuses différences avec le système français.

En effet, le système de santé Danois fait partie de ces trois systèmes Scandinaves (Danemark, Suède et Finlande) qui ont comme principe de base un accès aux soins universel, avec un financement assuré dans sa majeure partie par l'impôt.

Le Danemark présente, contrairement à la France, un secteur public plus important que dans notre pays ainsi qu'une décentralisation permettant une prise en charge des citoyens à plusieurs niveaux. Nous détaillerons ce système plus bas dans ce chapitre.

Au Danemark, le « Public Dental Health Service » permet aux enfants et adolescents mineurs de se voir prodiguer des soins dentaires gratuits en référence au « Dental Act on Dental Care for Children » (1972 et revu en 1986 et 2001). (Christensen LB Petersen PE Hede B., 2008)

Leur système « PDHS » est organisé au niveau municipal, il existe deux types de fonctionnements distincts :

- Soit les soins dentaires sont organisés comme un « service scolaire » par des dentistes salariés du secteur public et employés dans des cliniques dentaires publiques (la majorité des cas).
- Soit des contrats sont passés avec des dentistes travaillant en cabinets ou cliniques privées pour délivrer ces soins avec des prix en accord avec ce même programme.

De plus l'état oblige les municipalités à reporter les données de santé orale dans « le SCOR system » (base de données sur la santé au niveau des municipalités) qui a été mis en place par le « national board of health » (correspondant à l'autorité danoise de santé) pour surveiller l'évolution de la santé orale au niveau de la population. (Skeie and Klock, 2013)

Cette base de données n'inclut pas seulement les caries mais bien d'autres affections bucco-dentaires tels que les gingivites, les parodontites, les traumatismes, les diagnostics orthodontiques, l'hypodontie et l'oligodontie. (Skeie and Klock, 2013)

Ce système inclut des contrôles périodiques et des traitements, mais aussi des traitements orthodontiques si nécessaire pour les enfants et adolescents jusqu'à leurs 18 ans.

Au Danemark, l'école est au centre de la santé bucco-dentaire, il y est dispensé une compréhension de la santé orale, de la prévention ainsi qu'une éducation à la santé bucco-dentaire pour les enfants.

La promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention occupe une place très importante au Danemark, celle-ci y est notamment dispensée dans les écoles afin d'apprendre aux jeunes enfants l'importance d'une bonne hygiène orale et de bonnes habitudes pour préserver la santé bucco-dentaire.

En effet, si l'on se réfère au rapport en 2003, (réalisé sur des enfants de 12 ans), de l'organisation mondiale de santé orale « WHO », le Danemark fait partie des pays dits à « faible taux de caries ». (Petersen PE, The World Oral Health Report, 2003)

Une étude a été réalisée auprès de sept municipalités (trois utilisant le « PDHS » avec des dentistes privés et quatre avec des dentistes salariés) au Danemark avec trois tranches d'âges pour les enfants : 5, 12 et 15 ans. (Christensen LB Petersen PE Hede B., 2008)

Cette dernière nous montre que la prévalence de caries est de respectivement 26, 54 et 64%. Aucune différence n'a été prouvée entre les 2 types de procédés. (Christensen LB Petersen PE Hede B., 2008)

De plus 99% des enfants (échantillon représentatif de la population), utilisent ce programme pour leurs visites bucco-dentaires. (Christensen LB Petersen PE Hede B., 2008)

Ainsi, nous avons pu dresser un portrait de la situation bucco-dentaire en France, et les résultats qui ont été recueillis depuis les années 80 nous permettent d'affirmer que le risque carieux est en nette baisse au fil des années.

Cependant plusieurs facteurs déterminent encore si l'enfant présentera un risque carieux plus élevé. Selon les différentes études réalisées, les enfants ne naissent pas égaux face à ce risque car la catégorie socio-professionnelle des parents, la répartition géographique, ou encore le niveau d'étude jouent un rôle non négligeable.

C'est pourquoi, les associations de chirurgiens-dentistes avaient décidé de mettre en place des programmes de prévention dans des lieux où tous les enfants sont égaux : l'école, où les différences ont moins d'impact. Les premiers résultats sont encourageants et montrent un bénéfice réel quant à ce programme, même si celui-ci a été pour partie supprimé pour des raisons économiques.

Le département de santé publique de la faculté d'odontologie de Nice, en association avec le pôle odontologie du CHU, a donc décidé de mettre en place une action de prévention au niveau local à destination des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer

3 Une action de promotion de la santé bucco-dentaire auprès des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer

3.1 Objectifs

En 2016, le département de Santé Publique de l'UFR Odontologie de Nice, dirigé par le Pr Lupi a décidé de mettre en place, avec l'accord de l'inspection de l'éducation nationale, de l'inspection d'académie et celui du service de l'éducation de la ville de Cagnes sur Mer, des actions de prévention bucco-dentaires dans les classes de CM2. Les élèves présents dans ce type de section sont à des âges dentaires qui sont importants. En effet, étant en denture mixte, leur dentition présente à la fois dents temporaires ainsi que définitives. Il s'agit d'un « âge dentaire » charnière qui déterminera leur santé orale par la suite.

Ce projet, au sein des écoles, s'inscrit dans la continuité du volet « prévention » du programme M'T' Dents et dans la logique du projet de Loi de Santé Publique : « la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire comme un moyen indispensable de soutien des jeunes pour l'égalité des chances en santé ».

Ces missions ont été choisies et réalisées par des étudiants de 6ème année au cours de leur cursus, à l'occasion de leurs vacances d'intérêt général. Les étudiants étaient encadrés par des enseignants en Santé Publique.

Cette action a été mis en oeuvre afin, bien sûr, d'insister sur l'hygiène et la prévention bucco-dentaire, mais également de relativiser le côté souvent anxiogène de la visite chez le dentiste et des soins dentaires, en intégrant pleinement l'enfant à cette action et en lui proposant des jeux et des animations amusantes, dans le contexte rassurant et propice à l'apprentissage de l'école et du groupe.

Les objectifs de cette action étaient les suivants :

- Faire le point sur les connaissances des enfants sur les dents, leur environnement et le nettoyage, et leur inculquer de bonnes habitudes dans ce domaine.
- S'assurer qu'ils aillent régulièrement chez le dentiste et leur faire comprendre qu'une visite annuelle est très importante pour le maintien d'une bonne santé orale.

- Dépister d'éventuels problèmes dentaires.
- Dédramatiser la visite chez le dentiste et les soins dentaires auprès des enfants.

Durant cinq semaines, les mardis et mercredis matin ainsi que le mardi après-midi, une école était visitée dans le cadre de ce programme.

3.2 Matériel et méthodes

L'échantillon utilisé pour cette étude se composait d'élèves qui avaient entre 9 à 12 ans et étaient tous en CM1 et CM2.

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale exhaustive regroupant :

- Neuf écoles dont 358 enfants de CM2 à Cagnes sur Mer qui est une ville moyenne des Alpes-Maritimes (06).
- Durant cinq semaines (mardi matin ou après-midi, mercredi matin), une école était réalisée par demi-journée.
- Des étudiants de 6^{ème} année en vacation d'intérêt général encadrés par des enseignants.

L'action se déroulait en deux parties :

- Une première partie consacrée aux « présentations ».
- Une deuxième partie consacrée aux dépistages.

Lors de cette action nous avons cherché à évaluer les connaissances des élèves au niveau de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire par le biais de questions relativement simples pour évaluer leurs connaissances générales en matière de santé bucco-dentaire.

Les dépistages des élèves permettaient de récupérer des données sous forme de tableau Excel. Ces dernières ont été entrées dans une base de données permettant de référencer chaque élève.

Étaient exclus les enfants dont les parents n'avaient pas donné l'autorisation pour faire partie de cette action, et les élèves absents le jour même.

3.2.1 Les présentations aux élèves

Huit étudiants de 6^{ème} année (T1) avaient formé quatre groupes pour réaliser un questionnaire sous forme de quizz et trois présentations type Powerpoint.

Le questionnaire auquel les élèves de CM1 et CM2 devaient répondre portait sur les connaissances générales en matière d'hygiène et d'habitudes bucco-dentaires : il s'agissait de dix questions très basiques qui permettaient ensuite d'étalonner le niveau de connaissance des élèves.

Les questions étaient les suivantes :

- 1) Combien un adulte a-t-il de dents ?
- 2) Vers quel âge un enfant perd-il sa première dent de lait ?
- 3) Si je perds ma dent d'adulte est-ce qu'une autre repoussera ?
- 4) Quel est le mieux entre :
 - Manger puis se brosser les dents,
 - Se brosser les dents puis manger
 - Se brosser les dents, manger, et ensuite se brosser les dents
- 5) Quel doit être la fréquence du brossage chaque jour ?
- 6) Quel est la bonne attitude alimentaire à avoir ?
- 7) Est-ce que si j'ai une carie, elle peut partir toute seule ?
- 8) Quand dois-je changer ma brosse à dents ?
- 9) Est-ce que je peux utiliser le même dentifrice que mes parents ?
- 10) Est-ce que je dois faire attention à mes dents de lait qui ne sont pas encore tombées ?

Ces questions étaient données aux élèves sous forme papier au tout début de l'action et ils y répondaient pendant le temps imposé (cinq minutes environ).

(Questionnaire des connaissances adressés aux enfants. Annexe 1.)

Venaient ensuite les présentations Powerpoint, avec pour thèmes :

- « Le brossage » où sont expliquées les bases et les bonnes habitudes quotidiennes à acquérir dès le plus jeune âge.



Figure 5 : Extrait de la présentation sur le brossage des dents

- « L'alimentation », une présentation qui montrait aux élèves les éléments essentiels pour une bonne hygiène nutritive ainsi que l'importance de la relation entre une bonne nutrition et une bonne santé bucco-dentaire.



Figure 6 : Extrait de la présentation sur l'alimentation

- Et enfin un Powerpoint sur la dent expliquant succinctement aux élèves de quoi était constituée une dent ainsi que la conduite à tenir en cas de traumatisme.

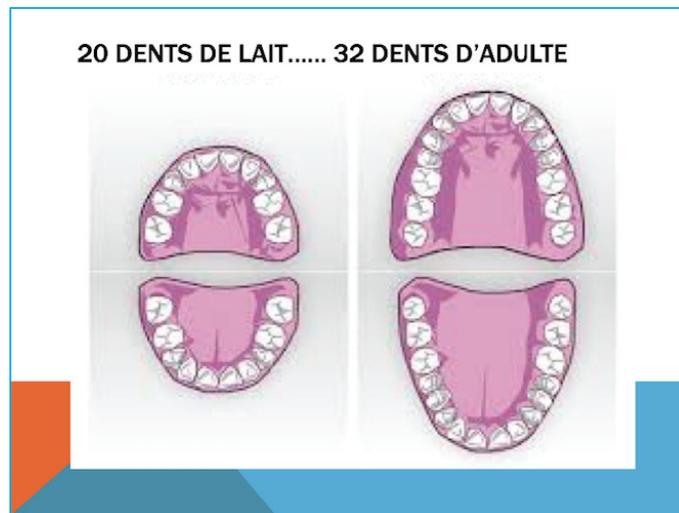


Figure 7 : Extrait du « PowerPoint » sur les dents

3.2.2 Les dépistages

Une fois les présentations terminées venaient les dépistages où l'équipe était divisée en deux groupes :

- Le dépistage de l'état de santé bucco-dentaire en général.
- Le dépistage orthodontique (cette partie de l'action ne sera pas détaillée dans cette thèse).

Lors du dépistage, un questionnaire médical est également réalisé auprès de chaque enfant, les données suivantes sont recueillies (voir annexe 2) :

Age, date de naissance, sexe, pathologies générales, traitements en cours, allergies, les antécédents chirurgicaux, la fréquence du brossage quotidien, la durée du brossage quotidien, le type de brosse à dents utilisée, le dentifrice utilisé, la dernière consultation chez le dentiste, le sport pratiqué.

Auparavant, un questionnaire avait été distribué aux parents de façon à recueillir :

- La catégorie socio-professionnelle des parents
- Le nombre de frères et sœurs
- Le mode de garde de l'enfant (crèche collective, familiale, dans la maison des parents ou la maison d'un autre membre de la famille)
- Les habitudes de succion non nutritives (l'enfant a-t-il sucé son pouce ou sa sucette ?). Si oui à quel âge a-t-il arrêté ?
- L'enfant a-t-il été allaité ? Si oui, jusqu'à quel âge ?
- La texture de l'alimentation : (Dure, molles ou mixte)

Une fois ces données recueillies les élèves bénéficiaient d'un examen clinique :



Figure 8 : Plateau d'examen stérile et jetable comportant un miroir, une sonde et une précelle

Étaient notées la présence ou l'absence de dents, la présence de caries actives, la présence de plaques, de tartre et de scellements de sillons.

Ces données nous ont permis de déterminer l'indice CAOD, l'indice PI (Plaque Index) de « Loe et Silness » (LOE, 1967), ainsi que l'indice de tartre, et s'il est nécessaire pour l'enfant d'avoir des scellements de sillons.

Ces données ont été reportées au final dans le tableau Excel.

3.2.3 Fin de session

A la fin de l'action, une fois tous les modules réalisés, une fiche récapitulative était distribuée à chaque élève afin d'informer les parents de l'état bucco-dentaire de leur(s) enfant(s), ainsi qu'un kit d'hygiène bucco-dentaire adapté à leur âge (une brosse à dent accompagnée d'un dentifrice). (Voir annexe 3 et 4)

3.3 Résultats

Le taux de participation était de 86% avec 358 élèves dépistés sur 416 élèves inscrits en classe de CM2.

L'âge moyen était de 10.48 ans ($p=0.55$) avec 52% de filles et 48% de garçons.

3.3.1 Résultats des questionnaires de connaissances initiales adressés aux élèves

Question 1 :

A.22	B.32	C.42	Sans réponse
12%	82,1%	4,5%	1,4%

82,1% des élèves questionnés ont répondu avec une large majorité pour la réponse B : « Les adultes ont 32 dents. »

Question 2 :

A.1an	B.3ans	C.6ans
4,8%	27,2%	68%

Plus du tiers des élèves savaient à quel âge moyen les enfants perdaient leur première dent de lait.

Question 3 :

94,2% des élèves sondés ont répondu juste et savent qu'il n'existe pas de troisième dentition après la denture adulte. En revanche, 4,8% des élèves ont répondu faux à cette question.

Question 4 :

A. Manger puis se brosser	B. Se brosser puis manger	C. Se brosser avant et après manger
60,8%	1%	38,1%

60,8% des élèves savaient qu'il est recommandé de se brosser les dents après les repas et non avant (1%) ou avant et après (38,1%).

Question 5 :

A. Matin midi et soir pendant 10 minutes	B. Matin et soir pendant 2 minutes	C. Jamais c'est embêtant.	Sans réponse
37,8%	61,5%	0%	0,7%

61,5% des élèves connaissaient les recommandations, le temps et la fréquence du brossage quotidien. (UFSBD, Nouvelles recommandations d'hygiène bucco-dentaire, 2013)

Question 6 :

A. Manger 5 fruits et légumes par jour	B. Manger de la viande à tous les repas	C. Boire du coca cola avant de dormir	Sans réponse
97,6%	1,7%	0%	0,7%

(INPES, Au Moins 5 Fruits Et Légumes Par jour Sans Efforts, 2007)

Question 7 :

96,6% des élèves questionnés ont répondu qu'une carie ne peut partir toute seule et que le dentiste doit intervenir pour y remédier.

Question 8 :

A. Quand elle est toute "cracra	B. Tous les 3 mois	C. Tous les jours	Double réponse A/B	Sans réponse
32%	63,2%	3,1%	1,7%	0,3%

32% des élèves changent leur brosse à dent quand elle est sale ou plus en l'état, 63,2% la changent tous les 3 mois. 3,1% affirment la changer tous les jours et 0,3% des sondés sont sans réponse. Par ailleurs 1,7% des élèves ont répondu A et B à cette question.

Question 9 :

50,5% des élèves ont affirmé utiliser le même dentifrice que leurs parents contre 48,1% qu'on ne peut pas utiliser le même dentifrice que celui de nos parents.
1,4% des élèves sont sans réponse.

Question 10 :

A. Oui mais c'est moins important que celles des adultes	B. Oui c'est aussi important que les dents d'adultes	C. Non ce n'est pas grave elles vont tomber
51,6%	37,8%	10,6%

Cette question a quant à elle eu que 37,8% de bonnes réponses. 51,6% des élèves estimaient que les dents temporaires sont moins importantes que les dents définitives.

3.3.2 Résultats des dépistages

Lors de la deuxième partie de l'action, 358 élèves ont été dépistés sur les 416 inscrits en CM2 soit 86% de participation. 2% des parents n'ont pas voulu faire examiner leurs enfants et les 12% restant représentent les enfants absents le jour de l'examen.

L'âge moyen est de 10,48 ans, il y avait 52% de filles contre 48% de garçons.

3.3.2.1 Habitudes de vie et d'hygiène bucco-dentaire

95% des enfants déclarent effectuer un brossage quotidien, parmi ces 95% nous avons pu constater que 78% se brossaient 2 fois par jour, 15% se brossent les dents 3 fois par jour et 7% une fois par jour.

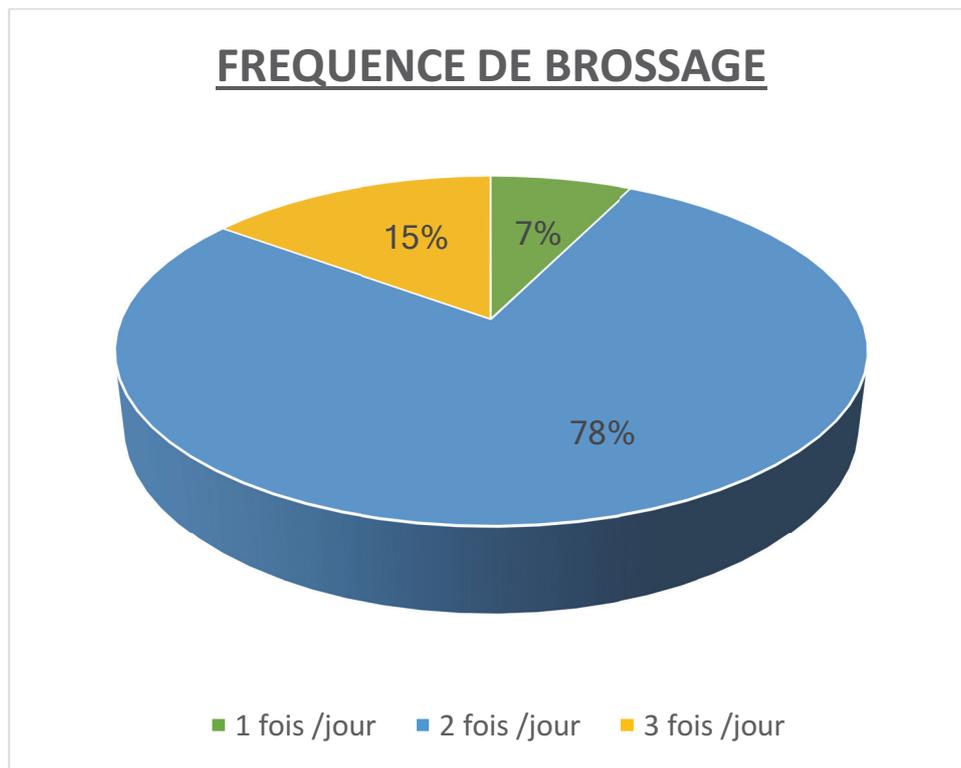


Figure 9 : Graphique montrant la fréquence de brossage des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur mer

71% des élèves dépistés ont déclaré pratiquer un sport de façon régulière contre 29%.

Lors du questionnaire était posé la question suivante : « De quand date votre dernière visite chez le chirurgien-dentiste ? » :

- 21% ont répondu entre 6 mois et 1 an.
- 48% se sont rendus chez le dentiste il y a moins de 6 mois
- 22% sont allés consulter il y a plus d'un an
- 2% ne sont jamais allé chez le dentiste et 7% n'ont pas été capables de répondre à cette question.

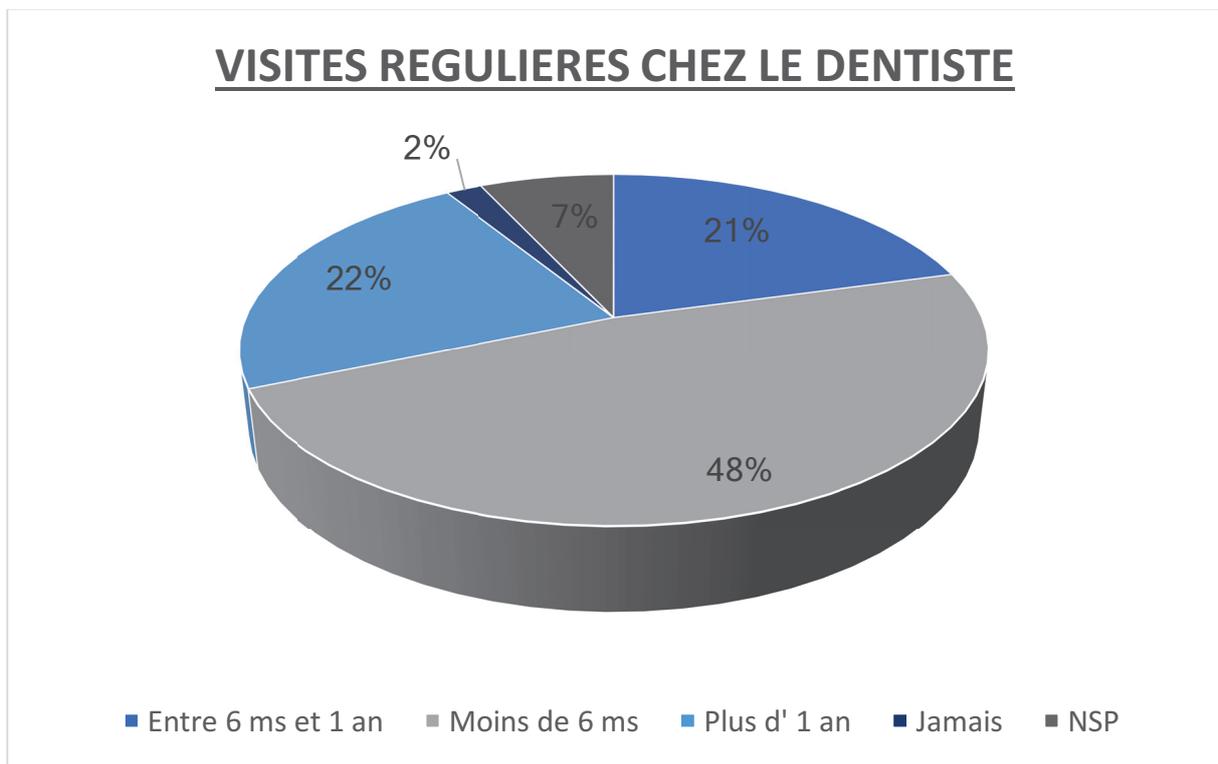


Figure 10 : Diagramme circulaire avec pourcentage mettant en évidence le taux de visites chez le Chirurgien-dentiste

Au niveau du brossage des dents, nous avons remarqué des différences dans les résultats. En effet, 37,5% des enfants déclarent utiliser des dentifrices disponibles en grande surface contre 20% en parapharmacie. 43% des élèves ne savent pas précisément quel dentifrice ils utilisent quotidiennement.

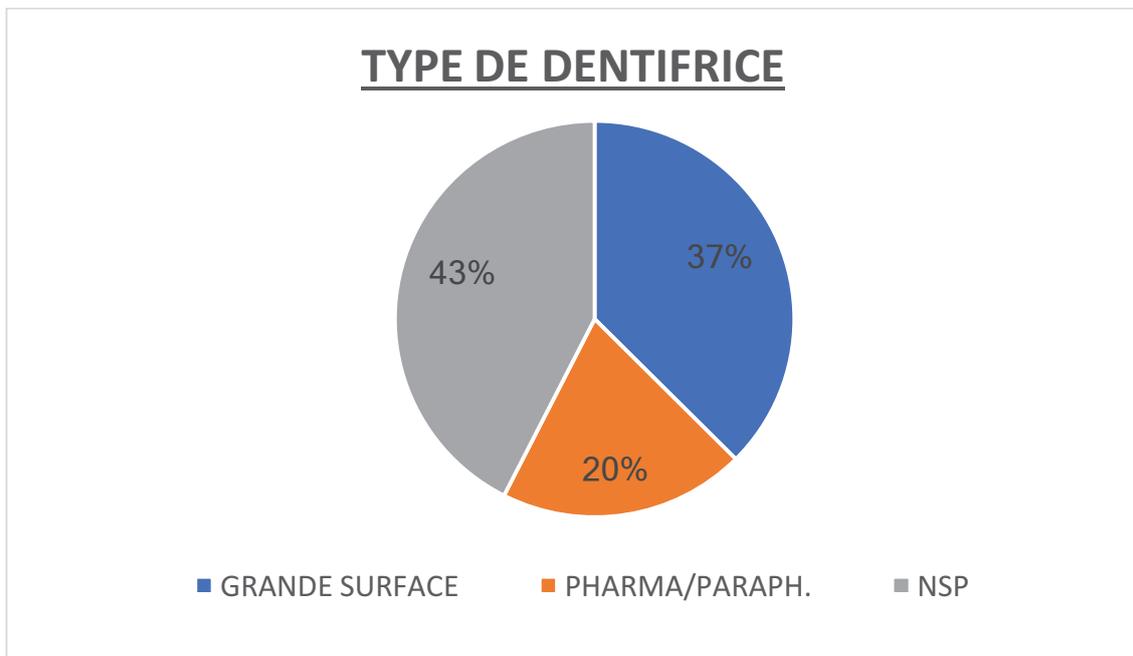


Figure 11 : Diagramme mettant en évidence le type de dentifrice utilisé par les élèves

Parmi les dentifrices présents en grande surface deux se démarquent :

- Signal (68,5% des dentifrices cités en grande surface)
- Colgate (14,4% des dentifrices de grande surface).

Parmi les produits présents en pharmacie/ parapharmacie deux reviennent souvent :

- Elmex (34,5%)
- Fluocaril (4,6%)

La majorité des élèves présents lors de l'action se brossent les dents avec une brosse à dent manuelle, 28 % se brossent avec une brosse à dent électrique. 5% d'entre eux affirment utiliser les deux.

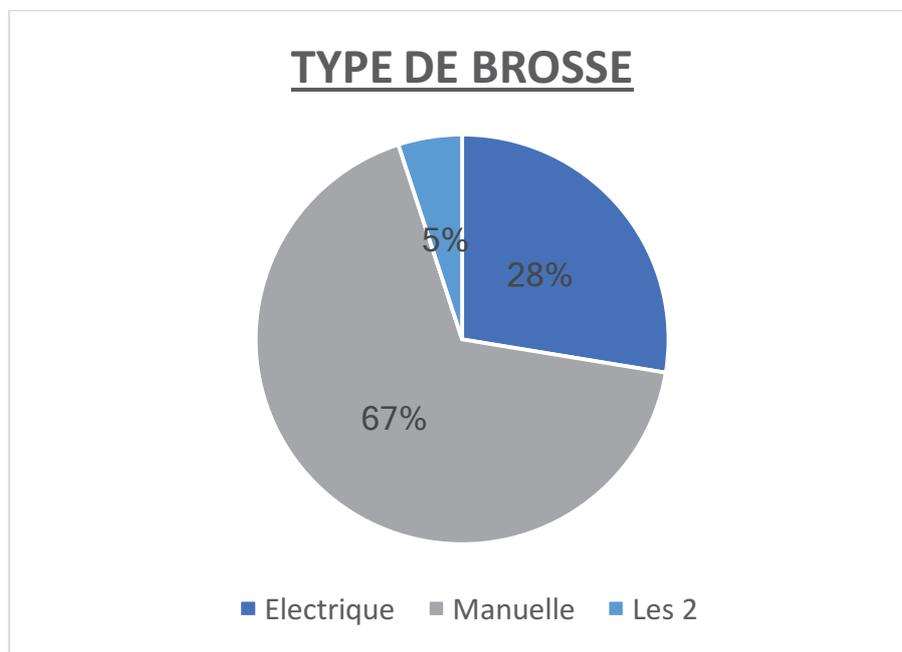


Figure 12 : Diagramme circulaire représentant le type de brosse qu'utilisent les élèves de CM2

Les élèves étaient aussi questionnés sur la durée de leur brossage chaque jour :

1 minute	1 à 2 minutes	2 minutes	2 à 3 minutes	3 minutes	Plus de 3 minutes	NSP
5%	1%	46%	10%	26%	7%	5%

Figure 13 : Tableau récapitulatif sur la durée du brossage quotidien des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer

3.3.2.2 Santé bucco-dentaire

L'indice de plaque moyen des élèves est de 1,26 (LOE, 1967) et l'indice de tartre moyen culmine à 1,51. (LOE, 1967)

L'indice CAOD est de 1,17 et l'indice caod est de 1.

Il apparait que 71,2% des élèves dépistés n'ont jamais eu d'expérience carieuse.

17,9% des élèves présentent des caries actives mais plus précisément :

- 12,6 % présentent des caries non traitées sans soins conservateurs.
- 5,3% présentent des caries non traitées avec des soins conservateurs.

Les 10,6% restants représentent les élèves ayant des dents dites « soignées » avec des traitements conservateurs.

Quant aux besoins en scellements de sillons, seuls 15,32% des élèves sondés avaient des scellements de sillons en bouche contre 84,67%.

Parmi ce chiffre 54,4% ont un réel besoin en scellement de sillons et 45,6% n'en avaient pas besoin.

3.4 Discussion

Tout d'abord, en ce qui concerne le temps dont nous disposions, 1h15 par classe, était en fait un peu court pour examiner la totalité des élèves (jusqu'à 27 parfois), réaliser le questionnaire, les présentations et les dépistages. Peut-être devrions nous songer à augmenter les effectifs pour les prochaines actions ou augmenter le temps imparti par une meilleure organisation avec la direction des écoles en amont.

Nous avons amené notre matériel propre matériel, c'est-à-dire des plateaux d'examen jetables, des gants et des masques, des dentifrices et des modèles de démonstration (dents, mâchoires ...). Tout le matériel était fourni par la faculté de chirurgie dentaire de Nice (UFR odontologie).

La question du financement de l'action peut alors se poser, à savoir celle de subventions des collectivités.

En revanche, si un tel financement serait le bienvenu, cette action doit rester gratuite pour les parents et les écoles afin que la barrière économique, déjà frein de manière générale à la consultation du dentiste, ne constitue pas aussi une restriction pour certaines écoles, ce qui ne permettrait plus à ce projet de remplir sa mission d'éducation collective globale.

Parfois les instituteurs n'étaient pas bien au courant de notre action dans les classes ce qui a pu poser des problèmes d'organisation lors de notre action et donc impacter le déroulement de l'action en elle-même.

Ensuite, en ce qui concerne les questions proposées, les enfants semblaient plutôt bien informés du nombre de dents présentes à l'âge adulte (en effet 82,1% ont répondu 32 à la question 1 et 94,2% ont indiqués qu'il n'existait pas de 3^{ème} dentition).

Par contre les résultats de la question 10 révèlent un certain manque de connaissances et d'information des enfants par rapport à la denture temporaire. Seuls 37,8% des sondés ont répondu que la denture temporaire était aussi importante que la denture adulte contre 51,6%, et ce chiffre met en lumière le peu d'intérêt que portent les enfants à leurs dents temporaires. Peut-être devrions nous penser à intensifier les programmes de prévention auprès des enfants pour essayer de combattre cette idée reçue bien ancrée dans la population générale.

Quand on compare les résultats de cette dernière question à ceux de la question 6, nous voyons qu'une solide prévention auprès des élèves amène de bons résultats. En effet, 97,6% des sondés ont répondu qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour, signe que la campagne mise en place par le gouvernement fonctionne.

La deuxième partie de l'action était consacrée à la réalisation des dépistages bucco-dentaires des enfants ayant pris part à l'étude.

Le premier enjeu consistait à dépister précocement les dysfonctions afin de les rééduquer le plus tôt possible. Ceci permet par la suite une meilleure information à donner aux pédiatres, médecins généralistes et évidemment les chirurgiens-dentistes si soins il y a à prodiguer par la suite.

Un autre enjeu fondamental de cette action était de relayer, via les enfants, les informations à destination des parents sur l'hygiène bucco-dentaire et les soins à réaliser.

L'indice CAOD recueilli lors de notre action est de 1,17, les chiffres de l'enquête de l'UFSBD de 2006 nous indiquent que ce même indice pour les enfants de 12 ans est de 1,23 (UFSBD, La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, 2006). Cette comparaison nous montre que l'on peut retrouver sensiblement les mêmes valeurs à un niveau local.

Par contre, 71,2% des élèves que nous avons dépistés n'ont jamais eu d'expérience carieuse lors de notre action, les derniers chiffres de l'enquête épidémiologique en France réalisée par l'UFSBD en 2006 nous indiquent 56%, cela représente donc une différence de 15,2 points non négligeable. Ce résultat est-il différent en fonction des villes et des régions ? Seul une autre action de ce type dans une autre ville peut nous donner ces réponses.

3.5 Conclusion

Cette action a permis de mettre en évidence le besoin en soins bucco-dentaires d'une population spécifique au niveau local.

Les résultats montrent qu'une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire est nécessaire pour une petite partie des élèves, ces derniers concentrant la majorité des lésions carieuses.

Le retour de cette étude a été très positif auprès des élèves et des enseignants ce qui a motivé les instigateurs de cette action à ouvrir leur champ d'action et de réaliser une action de prévention auprès des élèves de maternelles.

4 Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer, de par cette action, que l'idée qu'une éducation globale à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire serait à envisager car ce dernier est propice à l'apprentissage de l'enfant.

Au cours des dernières décennies nous avons remarqué une nette diminution de l'indice CAO qui est passé de 4,2 à 1,2. Cette amélioration n'est sans doute pas une simple prise de conscience de la population en matière d'hygiène bucco-dentaire mais bien l'efficacité des programmes mis en place par les pouvoirs publics avec l'aide des différents acteurs de santé.

Néanmoins, le « volet » prévention du programme M'T' Dents, supprimé en 2013 demeure tout de même dans les zones dites « prioritaires » mais la seule présence dans ces zones n'est pas suffisante. Cette suppression met un coup d'arrêt à l'amélioration de la santé bucco-dentaire générale car l'école demeure toujours un endroit où les enfants seront toujours à l'écoute.

C'est pour ces raisons que nous avons souhaité réaliser une action auprès des élèves de CM2 dans les écoles de Cagnes sur Mer.

Plusieurs questions peuvent donc se poser après notre action :

- Faudrait-il permettre la création d'un programme scolaire spécifique (confère Danemark) ?
- Serait-il opportun de permettre la création d'un corps d'hygiénistes scolaires ou professionnels de l'éducation à la santé ?
- Ne serait-il pas une bonne idée d'instaurer un brossage des dents à l'école à la pause de midi après le repas ?

5 Table des illustrations

Figure 1 : Pourcentage des enfants de 12 ans ayant déjà eu une expérience carieuse.....	8
Figure 2 : Présentation d'un élève de 6 ^{ème} année lors d'une action de prévention dans les écoles.	11
Figure 3 : Logo du Programme M'T Dents.....	12
Figure 4 : Taux de consultation chez le dentiste chez les enfants de 6 ans dans le cadre du programme M'T' Dents en fonction de la situation socio-professionnelle de la mère. ...	14
Figure 5 : Extrait de la présentation sur le brossage des dents.....	21
Figure 6 : Extrait de la présentation sur l'alimentation.....	21
Figure 7 : Extrait du « PowerPoint » sur les dents.....	22
Figure 8 : Plateau d'examen stérile et jetable comportant un miroir, une sonde et une précelle.....	23
Figure 9 : Graphique montrant la fréquence de brossage des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur mer.....	27
Figure 10 : Diagramme circulaire avec pourcentage mettant en évidence le taux de visites chez le Chirurgien-dentiste	28
Figure 11 : Diagramme mettant en évidence le type de dentifrice utilisé par les élèves	29
Figure 12 : Diagramme circulaire représentant le type de brosse qu'utilisent les élèves de CM2	30
Figure 13 : Tableau récapitulatif sur la durée du brossage quotidien des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer.....	30

6 References

1. UFSBD, La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, 2006
2. OMS, CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006
3. HAS, Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010 Disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail>
4. Courson F., Assathiany R. et Vital S. Prévention bucco-dentaire chez l'enfant : les moyens dont on dispose. Archives de Pédiatrie. 2010, 17, 776-777
5. Lucie Calvet et Muriel Moisy, avec la collaboration d'olivier Chardon, Lucie Gonzalez et Nathalie Guignon. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Etudes et résultats n° 847 - juillet 2013
6. UFSBD, Lancement de la campagne de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire de l'UFSBD. 2013
7. Lopez I., Jacquelin LF., Berthet A. et al. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant : conseils pratiques. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2007, 20, 63-69
8. Christensen LB Petersen PE Hede B. Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes. Community Dent Health. 2010 Jun;27(2):94-101.

9. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management, *BMC Oral Health* 2014 14:43

10. Petersen., PE. The World Oral Health Report 2003 *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23.

11. UFSBD, *Nouvelles recommandations d'hygiène bucco-dentaire*, 2013

12. INPES, *Au moins 5 fruits et légumes par jour et sans efforts*, 2007

13. LOE Harald. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index System. *J Periodontol.* 1967 Nov-Dec;38(6):Suppl:610-6.

7 Annexes

7.1 Annexe 1

Question 1



Question 1: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes

Question 2



Question 2: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes

Question 3



Question 3: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes

Question 4



Question 4: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes

Question 5



Question 5: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes

Question 6



Question 6: How do you feel about the fact that people are using their phones?
 Not
 Yes



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NICE



BILAN BUCCO-DENTAIRE

N° de l'étude :

INITIALES PATIENT	
_____	_____
Nom	Prénom

DATE BILAN : _____

Titre du protocole :

**LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS EN CLASSE DE CM2
ETAT DES LIEUX**

Nom de l'investigateur coordonnateur : Pr LUPI-PEGURIER Laurence

Nom des investigateurs associés :

Praticiens du pôle de d'Odontologie
Pr BERTRAND Marie-France
Dr BORSA Leslie

Médecin Méthodologiste
Dr FONTAS Eric

Nom Etudiant : _____

Nom Praticien : _____

ECOLE

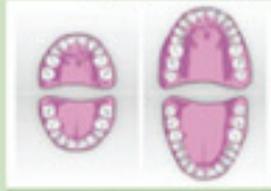
CLASSE

ENFANT

Recommandations d'hygiène bucco-dentaire

Les dents :

20 DENTS DE LAIT et
32 DENTS D'ADULTE



Sauve ta dent!!!

Si ta dent s'est cassée

→ Va voir le dentiste très vite avec ton bout de dent il pourra peut être te le recoller

Si ta dent est tombée

→ Retrouve ta dent passe la sous l'eau et:

1. Soit tu la remets à sa place
 2. Soit tu la mets dans verre plein de lait/de sérum physiologique
 3. Soit tu coinces ta dent entre ta joue et tes molaires
- ✓ Va aussi voir très vite le dentiste !

La nutrition :

- Pour être en bonne santé, il est important de manger des **protéines**, des **lipides** et des **glucides**,
- **5 fruits et légumes** par jour,
- Limiter les aliments **sucrés** qui provoquent la formation de **caries** (sodas, bonbons),
- Manger des **laitages**,
- Et surtout se brosser les dents **après chaque repas** !



Le brossage :

- **Matin et soir** après le repas (et le midi si possible),
- Pendant **2 minutes**,
- Avec une brosse à dents **souple** ou électrique et un dentifrice adapté à mon âge (entre 1000 et 1500 ppm à partir de 8 ans), et sans avaler le dentifrice,
- Toujours du **rose vers le blanc** et sur toutes les faces de la dent (je brosse aussi les gencives et la langue) !



Brossez haut et bas séparément



Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc



Oblique : on incline la brosse à 45° sur la gencive



Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus



BILAN BUCCO-DENTAIRE DE

Votre enfant a bénéficié ce jour d'une séance d'activités ludiques et de rappels concernant l'hygiène dentaire, au cours de laquelle a été réalisé un bilan bucco-dentaire.

Suite à ce bilan il apparaît :

- Un besoin en soins :
 - Caries
 - Extractions
 - Scellements des sillons dentaires
- Un besoin en détartrage
- Un besoin en orthodontie
- Une nécessité d'améliorer son hygiène bucco-dentaire
- Une consultation chez un dentiste se révèle nécessaire

Un kit dentaire comprenant une brosse à dents et un dentifrice adaptés à l'âge de votre enfant lui a également été remis dans le cadre de cette action.

Pour rappel, une visite de contrôle chez le dentiste est recommandée tous les 6 mois pour votre enfant.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Laurence LUPI-PEGURIER

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

BENSIMON Steve

UNE ACTION DE PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE
AUPRES DES ELEVES DE CM2 DES ECOLES DE CAGNES SUR
MER

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2017, n°42571730

Directrice de thèse : **BORSA Leslie**

Mots-clés : écoles, prévention, santé publique

Résumé : L'indice CAO a fortement diminué depuis les années 1980, cette baisse est la conséquence d'une prise de conscience par les pouvoirs publics de l'intérêt d'une politique de prévention en matière de soins bucco-dentaires.

La prévention bucco-dentaire dans les écoles est un moyen très efficace pour dispenser une éducation collective et lutter contre les inégalités présentes en France. De fait le gouvernement avec l'assurance maladie a décidé de mettre en place en 2007 le programme M'T' Dents en 2007. Mais son volet prévention n'a pas été renouvelé par le gouvernement en 2013.

C'est donc dans la continuité du programme M'T' Dents et de son volet prévention dans les écoles que le département de santé publique du CHU de Nice a décidé de mettre en place une action de prévention auprès des élèves de CM2 des écoles de Cagnes sur Mer pendant l'année 2015-2016.