



HAL
open science

État bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde : analyse des données fournies par les bilans bucco-dentaires MT'dents

Sanah Karaa

► **To cite this version:**

Sanah Karaa. État bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde : analyse des données fournies par les bilans bucco-dentaires MT'dents. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02143428

HAL Id: dumas-02143428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02143428>

Submitted on 3 Jun 2019

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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2019

Thèse n°33

THESE POUR L'OBTENTION DU
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par KARAA Sanah

Le 15 mai 2019

**Etat bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde :
analyse des données fournies par les bilans bucco-
dentaires MT 'dents**

Sous la direction du Dr Cédric FALLA

Membres du jury :

Mme DUPUIS Véronique
Mme ARRIVE Elise
M. BOU Christophe

Président
Rapporteur
Examineur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/02/2019

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie Mr DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M. LASSERRE Jean-François 58-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAÏN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie restauratrice – Endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02

M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-01
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01

ASSISTANTS

Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M,	Jean-Baptiste	CULOT	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomatériaux	58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomatériaux	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
M	Mickaël	HYVERNAUD	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Emmanuel	MASSON REGNAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements

A notre Président de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de ma gratitude et de mon profond respect pour la qualité de votre enseignement.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric FALLA

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé-Odontologie légale 56-02

Veillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements pour avoir accepté la direction de cette thèse et m'avoir proposé ce sujet. Je tiens aussi à vous remercier pour votre patience, votre disponibilité et la justesse de vos remarques sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu aboutir. Je vous suis également infiniment reconnaissante pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon endroit lors de mes vacations hospitalières ainsi que pour tous les conseils que vous m'avez prodigués.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Elise ARRIVE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé-Odontologie légale 56-02

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de m'avoir accompagné tout au long de cette étude. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour le temps et l'énergie que vous avez consacré à ce travail. Votre pédagogie et votre investissement resteront toujours pour moi une source d'inspiration.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Christophe BOU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé-Odontologie légale 56-02

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Puissiez-vous trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et de ma profonde gratitude.

Je dédie cette thèse

A ma mère, tout au long de ces études placées sous le signe de la persévérance tu m'as rappelé les vertus de la patience et embelli mon quotidien par tes paroles et tes attentions. Tu as toujours cru en moi, dans mes projets raisonnables comme dans mes projets plus incertains, je ne pourrais certes pas trouver plus belle contrainte pour les accomplir.

A mon père, je te remercie de m'avoir toujours rappelé l'importance du travail et de l'effort ainsi que pour m'avoir offert l'insouciance qui n'a pas pu être la tienne.

A mes frères et sœurs,

Raja, merci d'avoir toujours veillé sur mon éducation et de m'avoir arraché au triste destin que l'on me prédisait à cinq ans, non seulement tu m'as appris à lire mais tu m'as donné le goût des lettres, un talisman qui m'a été fort utile pour donner leur juste mesure aux événements et aux caractères. Faire la liste de tout ce que je te dois semble impossible, laisse-moi seulement te dire que t'avoir pour sœur est la grande chance de ma vie.

Asmaa, une fée sans qui ma vie se serait contentée de teintes grisâtres, tu seras toujours un modèle de sagesse et de générosité

Je vous remercie toutes les deux d'avoir toujours été présentes pour moi. J'espère qu'à la tornade de Topkapi, au musée de la porcelaine de Boboli, au "Gumbet is better " s'ajouteront d'autres souvenirs, d'autres rêves, d'autres projets. Ce que je sais, c'est que ce qui nous lie durera " hieme et aestate, prope et procul, usque dum vivam et ultra".

A mon frère Abdilah, je te remercie pour ton soutien et ta disponibilité.

A ma sœur Imane, merci d'avoir les qualités que je n'ai pas et d'être toujours venue à ma rescousse notamment lors de mes divers déboires administratifs (l'inscription en P1...) et d'avoir parcouru avec moi la Gironde à la recherche de bilans bucco-dentaires.

A ma frère Nabil, je souhaite à ton fils d'être un aussi gentil grand frère pour Hajar que tu l'as été pour moi, merci pour tout tes conseils.

A mes neveux et nièces, vos naissances ont illuminé ma vie d'étudiante

A la mémoire de ma tante Meryem, merci de m'avoir donné l'exemple d'une vie tournée vers les autres

A mon amie Farah.B, nous ne trouverons peut-être jamais Agade, à l'est ou à l'ouest de Babylone, sous nos pieds ? Qu'importe, à la quête.

A Christopher , Noélie, Yvanna j'ai adoré travaillé avec vous

A Madame de Vitray, je vous remercie d'avoir été le Platon Karataev du Bézoukhov sans lunettes que je suis.

Pour finir, je remercie infiniment tous les chirurgiens-dentistes qui ont participé à cette étude en particulier le Dr Lang et son assistant Jean-Sédrik ainsi que le personnel des centres dentaires de la CPAM de Cenon et de Pelleport.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
1)Epidémiologie de la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents	14
1-1)Epidémiologie de la santé bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde.....	14
1-2) Prévention de la santé bucco-dentaire, promotion et programme de santé bucco-dentaire	15
1-2-1) Prévention et santé bucco-dentaire.....	15
1-2-1-1) Définition de la prévention	15
1-2-1-2) Prévention primaire.....	15
1-2-1-3) Prévention secondaire.....	16
1-2-1-4) Prévention tertiaire	17
1-2-2) Promotion de la santé bucco-dentaire.....	18
1-2-3) Programme de santé bucco-dentaire.....	19
1-3) Un programme de santé dentaire : la campagne MT 'dents.....	20
1-3-1) Cadre législatif	20
1-3-1-1) Loi du 9 août 2004 relative à la santé publique	20
1-3-1-2) Loi du 9 août 2004 et MT 'dents.....	20
1-3-1-3) Modalités de prise en charge	22
1-3-3) Intérêt du bilan aux âges ciblés par MT 'dents	23
1-3-3-1) L'enfant de 6 ans, l'enfant de 9 ans	23
1-3-3-2) L'enfant de 12 ans.....	25
1-3-3-3) L'enfant de 15 ans.....	26
1-3-3-4) Les jeunes adultes, les bilans bucco-dentaires des 18,21 et 24 ans.....	26
2) ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE : la santé bucco-dentaire des enfants de 12 ans participant au dispositif MT 'dents en Gironde.....	27
2-1) Contexte de l'étude.....	27
2-2) Objectifs de l'étude.....	28
2-3) Méthodes.....	28
2-3-1) Schéma d'étude.....	28
2-3-2) Population d'étude.....	28
2-3-3) Taille de l'échantillon.....	31
2-3-4) Constitution de l'échantillon.....	29
2-4) Variables clinique relevées	31
2-5) Ethique :.....	31
2-6) Saisie et analyse des données :.....	32

3) Résultats.....	33
3-1) Caractéristiques sociodémographiques et géographiques.....	33
3-2) Etat dentaire.....	35
3-2-1) Indice CAO et ses composantes, indice SiC.....	35
3-2-2) Indice de traitement.....	35
3-2-3) Indice de bonne santé dentaire.....	35
3-3) Besoins en soins.....	36
4) Discussion.....	38
4-1) Résumé des résultats principaux.....	38
4-2) Mise en perspective des résultats avec ceux de l'étude de l'UFSBD en Gironde.....	38
4-3) Faible prévalence des dents présentant un scellement des sillons ou nécessitant cet acte de prophylaxie.....	39
4-4) Limites.....	40
4-5) Nécessité d'évaluer régulièrement le programme de santé.....	41
4-6) Perspectives d'évolutions du bilan bucco-dentaire.....	42
4-6-1) L'indice CAO est-il l'indice épidémiologique le plus approprié au dispositif de prévention MT'dents.....	42
4-6-1-1) L'indice CAO.....	42
4-6-1-2) L'indice ICDAS.....	42
4-6-2) Mise en place d'un indice parodontal.....	42
4-6-3) Standardiser les points clés de la séance de prévention en fonction de l'âge cible et rajouter la liste des actes à effectuer sur le formulaire de prise en charge.....	42
4-6-4) 6 ans, un âge d'entrée dans le dispositif trop tardif ?.....	42
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition nécessaire de l'échantillon par arrondissement de Gironde..	30
Tableau 2 : Répartition des effectifs par arrondissement dans l'échantillon, commune de recueil et mode d'exercice des chirurgiens-dentistes participant à l'étude.....	35
Tableau 3 :CAOD et ses composantes.	36
Tableau 4: Indice de traitement des enfants présentant une atteinte carieuse présente ou passée.....	36
Tableau 5: Besoins en soins des enfants participant au bilan bucco-dentaire	

Liste des figures

Figure 1 : Organisation d'un programme de santé	19
Figure 2 : Organisation du programme MT 'dents	22
Figure 3 : Indices CAO comparés selon les études	40
Figure 4 : Composantes obligatoires de l'examen de prévention du bilan bucco-dentaire d'après la Convention nationale des Chirurgiens-dentistes.....	47
Figure 5 : Contenu de l'examen dentaire des 6 et 12 ans d'après l'arrêté du 9 décembre 2005.	48

Liste des photographies

Photographie 1: partie inférieure du formulaire de prise en charge.....	32
---	----

Liste des acronymes:

CAOD : Indice du nombre de dents cariées absentes ou obturées (caries absentes obturées dents)

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

GBI : Gingival Bleeding Index

HAS : Haute Autorité de Santé

ICDAS : International Caries Detection and Assessment System

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MIH : Hypominéralisation Molaires Incisives

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

SIC : Significant Caries Index

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

INTRODUCTION

Le 25 novembre 2005, le Ministre de la santé et des solidarités annonçait devant le congrès de l'Association Dentaire de France un plan national de prévention bucco-dentaire. Celui-ci s'inscrivait dans l'esprit de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique où pour la première fois figurait un objectif de santé bucco-dentaire, celui de réduire la prévalence carieuse chez les enfants de 6 et 12 ans (1).

Cette implication des pouvoirs publics dans la prévention est justifiée par un double constat. Premièrement il existe des inégalités de santé bucco-dentaire très marquées en France comme en témoigne l'enquête de l'UFSBD réalisée en 2006 où il apparaît que 20% des enfants de 12 ans cumulent 72% des atteintes carieuses (2). Deuxièmement, un lien avéré est établi entre ces inégalités de santé bucco-dentaire et les inégalités sociales (3). En effet, l'indice CAO des enfants d'inactifs, d'ouvriers, d'agriculteurs est significativement plus élevé que celui des enfants de cadres supérieurs. Par conséquent, une des mesures phares du plan était la mise en œuvre d'un examen bucco-dentaire de prévention obligatoire à 6 et 12 ans. En parallèle, une campagne d'information était lancée auprès des professionnels de santé et du grand public sous le nom de « MT 'dents ».

Progressivement élargi jusqu'à accompagner aujourd'hui l'enfant de 3 à 24 ans, le dispositif se propose un double objectif. D'une part l'établissement d'un contact précoce avec le chirurgien-dentiste et d'autre part la prévention des pathologies bucco-dentaires et leur prise en charge précoce. Tous les trois ans, les enfants sont donc invités à un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste conventionné afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais pour le bilan bucco-dentaire (4). Dans le cadre des examens des 6 et 12 ans, cette dispense s'applique aux soins consécutifs, exception faite des soins d'orthodontie et de prothèse où un remboursement classique est opéré.

Le programme MT 'dents est entré en vigueur en janvier 2007. Les conclusions de l'enquête menée sur des bilans bucco-dentaires de 2007 et 2010 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) mettaient en exergue les retombées positives sur l'état bucco-dentaire des participants. Cependant, il apparaissait nécessaire d'attirer dans

le dispositif les enfants les plus touchés par la maladie carieuse (5). Par ailleurs, les études décrivant l'état bucco-dentaire des enfants en France sont rares et anciennes et les bilans bucco-dentaires peuvent être un bon moyen pour en avoir une estimation.

Ainsi, il nous a semblé intéressant d'utiliser les résultats des bilans bucco-dentaires pour estimer l'état bucco-dentaire des enfants de 12 ans en Gironde et de le mettre en perspective avec les dernières données épidémiologiques disponibles sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants de cet âge.

Dans une première partie nous présenterons les grandes tendances épidémiologiques de la santé bucco-dentaire des enfants girondins et le programme MT 'dents. Dans une seconde partie nous présenterons une enquête sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants de 12 ans habitant en Gironde et participant au programme. Nous discuterons les résultats de notre étude en les mettant en perspective avec les caractéristiques épidémiologiques des enfants scolarisés de 12 ans et aborderons quelques pistes d'évolutions possibles du programme.

1) Épidémiologie de la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents

1-1) Épidémiologie de la santé bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde

Les dernières données épidémiologiques dont nous disposons sur la santé bucco-dentaire des enfants en Gironde sont le fruit d'une enquête de l' Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) réalisée en 2002 en milieu scolaire (6).

L'indice CAO était de 1,16 dents, avec une composante C égale à 0,29. On ne notait pas de différence significative selon les catégories socio-professionnelles des parents. Toutefois, il est intéressant de relever que les enfants d'ouvriers, d'employés, d'inactifs avaient significativement plus de lésions non traitées que les enfants des professions intermédiaires.

D'autre part, l'étude nous indiquait que 64% des enfants nécessitaient une surveillance ou un traitement orthodontique.

Enfin, l'hygiène des enfants participant à l'étude a été évaluée à partir de trois facteurs, la présence de plaque, de tartre et de gingivite. Nous retiendrons que 31,2% d'entre eux présentaient une hygiène inefficace.

L'étude conclut que si la santé bucco-dentaire des enfants girondins est meilleure que celle de la même tranche d'âge au niveau national et satisfait aux objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il reste encore des efforts à faire. En effet, il est à noter que près de 44% des enfants se partageaient l'ensemble des dents CAO et que 16,8% présentaient des dents nécessitant des soins.

En résumé, malgré un CAO bas, une partie de la population concentre les problèmes et doit donc de ce fait, faire l'objet d'une campagne de prévention plus ciblée.

1-2) Prévention de la santé bucco-dentaire, promotion et programme de santé bucco-dentaire

1-2-1) Prévention et santé bucco-dentaire

1-2-1-1) Définition de la prévention

La prévention consiste à empêcher l'apparition ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou en retardant les complications et en favorisant la réinsertion des personnes atteintes (7).

On distingue trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

1-2-1-2) Prévention primaire

La prévention primaire telle que définie par l'OMS a pour but d'empêcher l'apparition de la maladie mais aussi de lutter contre les facteurs de risque (8).

Le préalable à la prévention est l'évaluation du risque. Cette évaluation permet d'établir les facteurs favorisants et les facteurs protecteurs vis-à-vis de la maladie.

La prévention primaire consiste d'une part à éliminer les facteurs favorisant la maladie et d'autre part à promouvoir les facteurs protecteurs luttant contre l'apparition de la maladie (9) .

Concernant la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents, la prévention primaire est accentuée dans trois domaines: la prévention de la maladie carieuse, des parodontopathies et des malocclusions.

La prévention primaire de la maladie carieuse consiste en des actions mécaniques comprenant l'apprentissage du brossage et des différentes manœuvres d'hygiène bucco-dentaire et en des recommandations en matière d'alimentation. Ce à quoi s'ajoutent les scellements de sillons à base de résine remboursés par la Sécurité sociale. Ce soin constitue avec l'utilisation de dentifrice fluoré (10) la méthode de prévention primaire la plus efficace(11) . Il est indiqué chez les enfants présentant un risque carieux élevé ou des anfractuosités sur les molaires permanentes et ce quel que soit leur risque carieux (12) .

D'autre part, la prévention primaire fait aussi appel à des agents topiques fluorés ou non tels que la chlorhexidine, le xylitol, le phosphopeptide de caséine, le triclosan, la providone-iodée, les huiles essentielles et les probiotiques (9) .

La prévention primaire s'applique aussi aux malocclusions. Elle a pour mission de favoriser des habitudes oro-faciales bénéfiques et d'intercepter celles qui sont nocives à un développement oro-facial harmonieux (9). Le chirurgien-dentiste dispensera pour cela des conseils d'alimentation. En effet, parmi les habitudes à favoriser, on préconise par exemple un allaitement pendant une année. Cela permet une diminution du risque d'occlusion postérieure inversée ou de béance antérieure (13). Concernant l'alimentation, une mastication unilatérale alternée des aliments durs est recommandée pour les mêmes raisons (14) .

Il incombe de plus d'encourager la ventilation nasale, de proscrire les habitudes de succion non nutritives, d'intercepter les lésions et anomalies dentaires et de maintenir l'espace en cas de perte prématurée des dents temporaires afin de conserver la longueur de l'arcade et la distance inter canine (9).

En ce qui concerne les maladies parodontales, la prévention primaire est là aussi cruciale. L'odontologiste aura donc pour mission d'informer l'enfant et les parents sur la santé parodontale et ses pathologies. Le patient doit être éduqué au contrôle de plaque, recevoir des conseils alimentaires (15) et informé des facteurs de risque de la maladie comme la consommation de tabac et de drogues (16).

Nous savons que les enfants atteints d'une parodontopathie seront plus enclins à développer une parodontite sévère à l'âge adulte. Il est donc fondamental d'identifier les enfants et les adolescents ayant une susceptibilité à la maladie parodontale génétique ou pas, afin d'effectuer un suivi régulier (17) .

1-2-1-3) Prévention secondaire

Selon l'OMS, La prévention secondaire est constituée par l'ensemble des moyens mis en œuvre pour dépister et prendre en charge la maladie le plus précocement possible à savoir lorsqu'elle est encore à son stade initial et asymptomatique afin d'en éviter l'aggravation (8).

Dans le cadre bucco-dentaire, la prévention secondaire chez l'enfant et l'adolescent trouve trois expressions, la maladie carieuse, les malocclusions et les maladies parodontales.

Le dépistage de la maladie carieuse nécessite l'identification des facteurs de risques à partir de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Le but étant d'intercepter les premiers signes de caries (lésions initiales) au stade de déminéralisation de l'émail encore réversible par la mise en œuvre de techniques de reminéralisation (18). Des radiographies rétro-coronaires sont alors recommandées afin d'améliorer le dépistage carieux, notamment au niveau des faces proximales.

En orthodontie, la prévention secondaire consiste en un traitement orthopédique interceptif chez l'enfant en denture temporaire ou mixte. L'interception permettra de corriger les dysmorphoses ou de diminuer leur ampleur pour éviter ou faciliter le traitement orthodontique ultérieur (19).

La prévention secondaire des maladies parodontales consistera à les dépister dès les premiers symptômes afin de réaliser des soins de prophylaxie comme le détartrage. Le but étant d'empêcher ou limiter la perte d'attache (15).

1-2-1-4) Prévention tertiaire

D'après l'OMS, la prévention tertiaire constitue l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications et les séquelles d'une maladie.

En odontologie, la prévention tertiaire consiste à soigner les caries et à prévenir les complications liées aux pertes de substance afin d'éviter le risque de caries secondaires et les édentements non remplacés (20). Sur le plan de l'orthopédie dento-faciale, elle regroupe des thérapeutiques orthopédiques, l'orthodontie, les traitements chirurgicaux-orthodontiques et les dispositifs de contention (21).

La prévention tertiaire en parodontie aura pour but d'une part de limiter l'évolution de la maladie, (surfaçage radiculaire, curetage sous-gingival, pose de contention, chirurgie parodontale, extraction sélective) et d'autre part de réhabiliter (prothèses et traitement orthodontique) (15).

Toutefois il convient de rappeler que pour faire baisser la prévalence carieuse, il est nécessaire de concentrer nos efforts sur la prévention primaire et secondaire. L’OMS dans ses recommandations pour 2020 insiste sur l’importance d’agir sur les comportements et les mesures de préventions (22). En complément, il importe aussi d’agir sur des déterminants sociaux et environnementaux, c’est le champ de la promotion de la santé.

1-2-2) Promotion de la santé bucco-dentaire

D’après la Charte d’Ottawa, la promotion de la santé est définie comme une stratégie d’action collective qui confère aux populations les moyens d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d’améliorer celle-ci (23) .

La Charte d’Ottawa propose ainsi cinq axes d’interventions :

- L’élaboration de politiques pour la santé
- La création d’environnements favorables
- Le renforcement de l’action communautaire
- L’acquisition d’aptitudes individuelles
- La réorientation des services de santé

Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, la promotion de la santé trouve son expression dans l’adoption de la loi de santé publique du 9 août 2004. Ce texte de loi insiste sur le fait que la création d’un environnement favorable à la santé bucco-dentaire s’inscrit dans une politique de santé plus générale (24). Il est donc usuel d’intégrer la santé bucco-dentaire dans des actions de promotion de la santé. Par exemple, les programmes de lutte contre les inégalités d’accès aux soins sur les plans économiques et territoriaux participent à la promotion de la santé (25), et ont des applications spécifiques à notre domaine.

L’un des dispositifs propre au domaine de l’odontologie est le programme MT’DENT. Il s’agit d’une action communautaire visant une partie de la population jugée plus à risque. En effet, les enfants et adolescents présentent une susceptibilité à la maladie carieuse plus élevée que la population générale.

1-2-3) Programme de santé bucco-dentaire

La prévention collective (encore appelée prévention communautaire) s'organise à travers la mise en place des programmes de santé et ils sont établis sous l'impulsion d'une orientation nationale ou régionale.

L'établissement d'un programme de santé est fondé selon une méthode en 4 temps (26). En premier lieu, l'analyse de la santé ou des besoins de la population cible permettent de préciser les objectifs à atteindre, ainsi que les actions à mener et leur planification, s'ensuit une phase de suivi et d'évaluation.

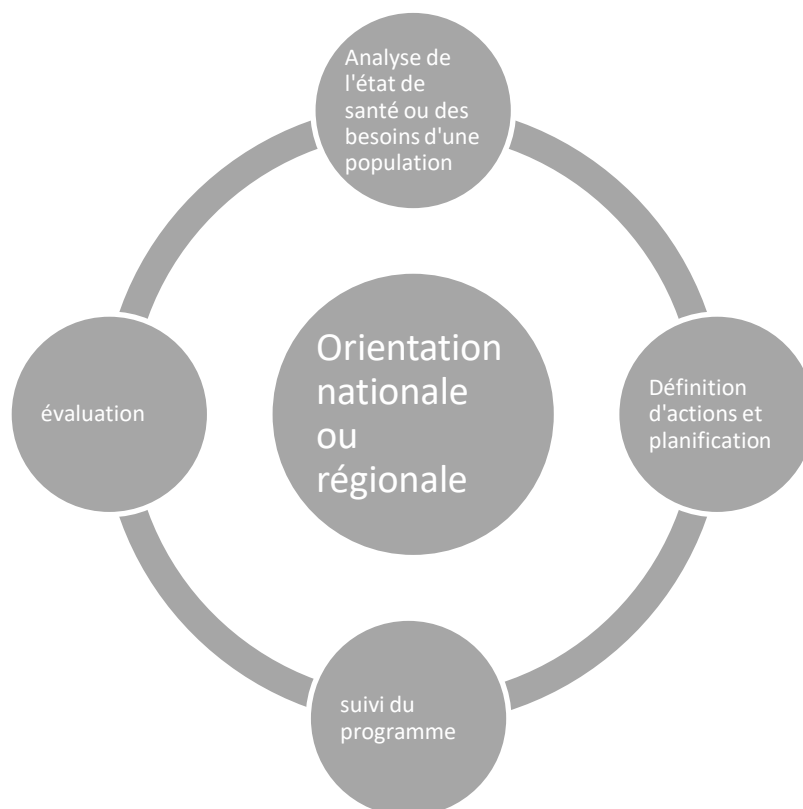


Figure 1 : organisation d'un programme de santé

Source : INPES, Agences régionales de santé Promotion, prévention et programmes de santé (26)

1-3) Un programme de santé dentaire : la campagne MT 'dents

1-3-1) Cadre législatif

1-3-1-1) Loi du 9 août 2004 relative à la santé publique

Jusqu'en 2004, le corpus législatif français ne comptait qu'une seule loi relative à la santé publique, il s'agissait de politique de vaccination. C'est la loi 806-2004 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) qui vient acter le rôle central de l'Etat dans l'établissement des objectifs de santé publique ainsi que l'importance de la prévention dans le système de santé français (27). Le texte de loi aspire ainsi à mettre fin à l'antagonisme entre système de soins et prévention (28).

Les objectifs de la loi du 9 août 2004 sont entre autres la réduction de la mortalité et des inégalités de santé. Pour ce faire, le texte de loi prévoit la mise en place d'objectifs pluriannuels et la mise en œuvre de plans quinquennaux dont les retombées doivent être évaluées à intervalles réguliers.

1-3-1-2) Loi du 9 août 2004 et MT 'dents

Le plan de prévention bucco-dentaire annoncé en novembre 2005 s'articule autour de dix mesures, parmi lesquelles figure la réalisation d'un examen de prévention bucco-dentaire. L'objectif n°91 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé était de baisser de 30% en cinq ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans (Art. L.21) (1).

La mesure phare du plan est l'instauration d'un examen bucco-dentaire de prévention à 6 et 12 ans (art-L-2132-2-1 du Code de Santé Publique). Sa mise en œuvre est assurée par l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes dont les rapports sont organisés selon la Convention nationale adoptée en janvier 2007 (29). Le principal soutien de cette mesure est assurée par la CNAMTS qui met en place une campagne de communication pour le grand public autour du slogan « M'T dents ».

Le programme MT' dents reprend les neuf principes fixés dans la loi du 9 août relative à la politique de santé publique. En conséquence, nous nous proposons d'examiner le programme MT 'dents à l'aune de ces principes.

- **Le principe de connaissance** est sous tendu par l'Evidence Based Medecine, c'est sur ses conclusions qu'il est par exemple conseillé d'effectuer le scellement des sillons dans les cas où l'examen de prévention révèle un risque carieux ou des molaires présentant des anfractuosités (30).
- **Le principe de réduction des inégalités**, le coût des soins dans le domaine dentaire étant le premier motif de renoncement aux soins (31), le bilan bucco-dentaire est gratuit et les soins réalisés à sa suite (sauf soins d'orthodontie et de prothèse) sont dispensés d'avance de frais.
- **Le principe de parité et de protection de la jeunesse** : le bilan bucco-dentaire s'adresse aux enfants et adolescents de 6, 9, 12,15, 18, 21, 24ans , de plus il est à noter qu'il a été étendu à la femme enceinte (32) .
- **Le principe de précocité** : le but du programme est d'instaurer un contact précoce avec le chirurgien-dentiste, de développer la prévention primaire et le dépistage des lésions carieuses aux premiers stades de la déminéralisation.
- **Le principe d'efficacité économique** : dispenser des conseils d'hygiène bucco-dentaire, utiliser l'arsenal des moyens de préventions primaires et secondaire induisent une réduction du nombre d'édentés, donc à terme une baisse de la fréquence des soins prothétiques dont les remboursements constituent un coût certain pour la société.
- **Le principe d'intersectorialité** : dans le cas du bilan bucco-dentaire le chirurgien-dentiste stipule si des soins d'orthodontie sont nécessaires.
- **Le principe de concertation** : son expression est la Convention signée entre les syndicats dentaire et l'Assurance maladie.
- **Le principe d'évaluation** : la Convention nationale prévoit l'évaluation médicale régulière du dispositif à savoir un descriptif de l'état de santé dentaire des participants, le besoin en soins mis en évidence, la réalisation des soins nécessaires et le niveau d'amélioration de l'état de santé dentaire des participants (29).

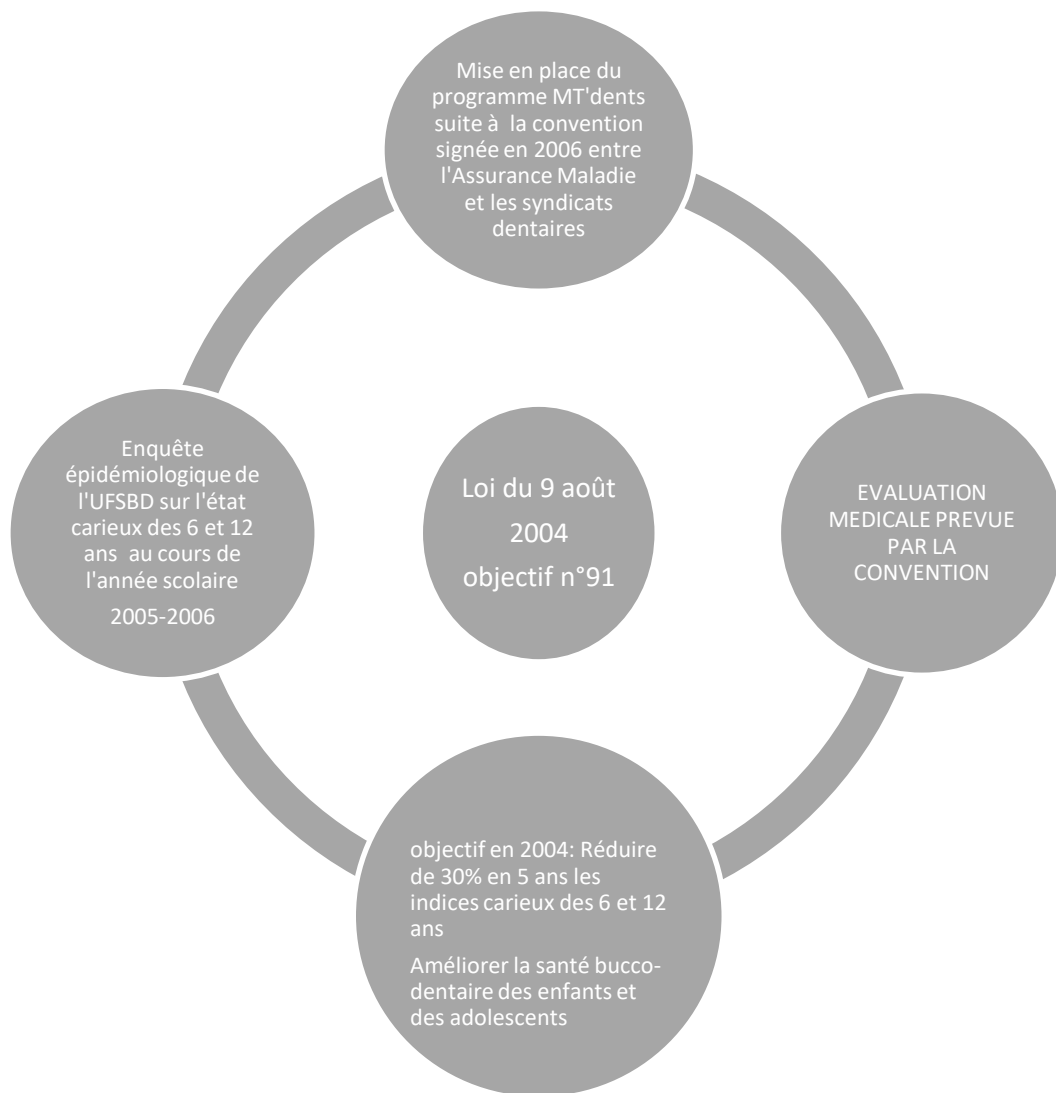


Figure 2 : Organisation du programme MT 'dents

1-3-1-3) Modalités de prise en charge

Un mois avant l'anniversaire de l'enfant ou du jeune adulte, un courrier est envoyé à son domicile par les caisses de protection sociale. Il comprend une notice explicative sur le dispositif MT 'dents ainsi qu'un formulaire de prise en charge qui sera complété par le praticien (Annexe 1). Ce formulaire comprend deux parties. La partie supérieure doit être transmise à l'organisme d'affiliation de l'assuré, elle comprend les renseignements administratifs sur l'assuré et le praticien ainsi que le montant des honoraires. La partie

inférieure de l'imprimé regroupe les renseignements médicaux, on y trouve le schéma dentaire, une indication sur l'état parodontal du patient et les soins nécessaires. Cette partie doit être conservée dans le dossier médical du patient et dans certains cas elle peut être transmise au chirurgien-dentiste conseil de la caisse d'Assurance Maladie.

Le bilan bucco-dentaire est valide durant une année. La dispense d'avance de frais est valable pour l'examen de prévention quel que soit l'âge.

Si des soins sont nécessaires, les frais peuvent être avancés mais bénéficient d'une prise en charge à 100% dans le cas des examens des 9, 15, 18, 21 et 24 ans. Dans le cadre des bilans des 6 et 12 ans, qui sont à tiers-payant obligatoire, les soins bénéficient de la dispense d'avance de frais.

Néanmoins, il est à préciser que ces modalités de remboursement sont valables si les soins sont débutés avant les trois mois suivant le bilan, ceux-ci ne devant pas s'étaler sur une période de plus de six mois après le premier soin. Seuls les soins de prothèses et d'orthodontie nécessaires sont à la charge du patient et bénéficie d'un remboursement classique.

1-3-3) Intérêt du bilan aux âges ciblés par MT 'dents

Le choix des âges cibles du bilan bucco-dentaire repose sur des justifications physiologiques et épidémiologiques. En effet l'âge peut constituer un facteur de risque carieux (33).

1-3-3-1) L'enfant de 6 ans, l'enfant de 9 ans

Les professionnels de l'enfance définissent la classe d'âge des 6-12 ans comme un âge de raison, certains auteurs parlent même « d'âge docile » (34). Situé entre la phase œdipienne et la crise d'adolescence, c'est une période de latence durant laquelle l'enfant adopte un mode de pensée opératoire, présente une meilleure compréhension de son environnement et devient capable de se soumettre à une discipline. C'est donc un temps propice à l'acquisition des apprentissages et qui sera mis à profit par l'entrée en école primaire.

Sur le plan médical, ces nouvelles dispositions seront exploitées durant le bilan bucco-dentaire des 6 ans. D'autant plus qu'il faut noter que le développement psychomoteur de l'enfant lui permet de réaliser un brossage de manière autonome, bien qu'il puisse être encore supervisé par ses parents jusqu'à ses 7 ans.

La réceptivité de l'enfant fait de ce premier contact avec le chirurgien-dentiste un rendez-vous décisif. Le praticien peut bénéficier d'une qualité d'écoute de la part de l'enfant et les conseils d'hygiène auront davantage de répercussions (35).

Il incombera de plus au chirurgien-dentiste de prêter une attention particulière lors des bilans bucco-dentaires des 6 et 9 ans à l'éruption des dents permanentes ainsi qu'à leur bon positionnement. Une analyse occlusale permettra une prise en charge orthodontique précoce ou l'arrêt de tics pernicious tels que la succion du pouce ou la respiration buccale.

En plus du diagnostic occlusal, l'autre point clé de la prévention des enfants de 6 et 9 ans demeure la prévention de la maladie carieuse. En effet, la classe d'âge des 6-9 ans est à haut risque carieux. Cela s'explique par des facteurs physiologiques qui augmentent la susceptibilité à la maladie carieuse. La structure de la dent temporaire se caractérise par un émail moins minéralisé, plus fin, une micro dureté dentinaire moindre et une pulpe plus volumineuse comparée aux dents matures, ce faisant, l'évolution des lésions carieuses est plus rapide (36). De plus, sont aussi concernées par cette susceptibilité carieuse les dents permanentes en phase de maturation post-éruptive. Cette phase dure de trois à quatre ans, l'émail est en cours de minéralisation et le risque carieux est augmenté. L'apex n'étant pas mature, les caries actives ne provoquent pas de douleurs.

Il importe donc d'évaluer le risque carieux afin d'adapter les mesures préventives. Son évaluation en denture mixte stable se fonde sur l'interrogatoire médical, l'examen clinique et la présence de lésions carieuses actives (30). Une attention particulière sera portée aux faces inter-proximales des dents temporaires et aux surfaces occlusales de la première molaire permanente.

Au niveau parodontal, nous savons que sa structure chez l'enfant et l'adolescent est modifiée par les phénomènes éruptifs. La transition d'une denture à l'autre s'accompagne d'une augmentation de l'indice de plaque et de tartre. En effet, la mobilité des dents temporaires entraîne la formation de zones de prolifération bactérienne et des difficultés de brossage (17). Sans compter, qu'il faut ajouter à ces facteurs physiologiques, l'éventuelle présence d'un appareillage orthodontique.

De ce fait, on retrouvera durant cette période des gingivites associées à la plaque et des gingivites éruptives. Il importe aussi à l'odontologiste de prêter attention à l'état parodontal

de l'enfant puis de l'adolescent car il constitue souvent le reflet de son état général et peut évoquer une maladie telle que le diabète ou un déficit immunitaire.

Enfin, le diagnostic des anomalies de structures amélaire des dents permanentes, comme la MIH, la fluorose, l'amélogénèse imparfaite héréditaire, peut aussi avoir lieu lors de ces rendez-vous de prévention (37).

1-3-3-2) L'enfant de 12 ans

L'enfant de 12 ans se situe dans la période pubertaire. Durant ce processus, des difficultés psychopathologiques peuvent apparaître tels que des troubles dépressifs ou du comportement alimentaire.

Selon l'OMS, 12 ans est l'âge de référence selon l'OMS pour évaluer l'état bucco-dentaire des enfants (38). En 2006, l'indice CAO des enfants s'élevait pour cet âge en France à 1,23 (2).

Le traitement orthodontique est souvent déjà débuté, une attention particulière doit être attachée à la santé parodontale et aux manœuvres d'hygiène bucco-dentaires à même d'éviter les gingivites.

Il est à noter qu'en plus des modifications des arcades qui peuvent entraîner des difficultés de brossage, l'écosystème de la cavité orale va évoluer durant la puberté. Le jeune adolescent va en effet connaître une maturation de son système hormonale et immunitaire. La prévalence de la gingivite connaît un pic à la puberté, ce qui laisse penser à un rôle des hormones stéroïdes dans son apparition.

En ce qui concerne les parodontites les enfants et les adolescents sont touchés par une seule de ses formes, la parodontite agressive pour laquelle le facteur génétique est établi (39).

En denture permanente, l'orthopédie est possible en fonction de la croissance résiduelle, le traitement orthodontique peut avoir lieu sous forme de techniques multiattaches le plus fréquemment (21) .

1-3-3-3) L'enfant de 15 ans

L'adolescent de 15 ans est dans la phase de mi-adolescence, elle se caractérise par un besoin d'expérimentation et de prise de risques (40).

La consommation de tabac démarre souvent à cette période, elle peut être le départ d'un syndrome de polyaddiction (41).

Il faut d'autant plus en prendre compte puisqu'en France 30% des collégiens ont déjà fumé et qu'en classe de 3^{ème}, 16% des adolescents sont des fumeurs réguliers. Il en résulte que la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 16 ans est de 38% ce qui en fait le taux le plus élevé d'Europe (42).

Le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle déterminant dans la prévention de cette conduite à risque. En effet, le tabac est le principal facteur de risque de maladie parodontale, elle-même une cause importante de perte dentaire.

De plus, malgré l'absence éventuelle de maladie parodontale chez l'adolescent fumeur, la maladie parodontale évoluant lentement, le risque de perte dentaire est significativement plus élevé à l'âge adulte par rapports aux individus fumeurs en cas de non sevrage tabagique (9).

1-3-3-4) Les jeunes adultes, les bilans bucco-dentaires des 18,21 et 24 ans

Entre 17 et 21 ans, la croissance pubertaire s'achève. La denture adulte finit de se mettre en place avec l'éruption de la troisième molaire et la finalisation de la morphogénèse des arcades dentaires (9).

L'HAS parle de période clé de sortie du foyer familial (43). Le dispositif MT 'dents s'est récemment élargi aux jeunes adultes de 21 et 24 ans depuis le 1^{er} janvier 2018 pour les accompagner dans cette nouvelle étape de leur vie (44). Ils constituent une population cible car avant la stabilisation professionnelle l'accès aux soins peut se trouver empêché par des faibles revenus et l'absence de mutuelle. En effet, selon « l'Enquête santé et protection

sociale » réalisée par l'IRDES, les renoncements aux soins de la tranche d'âge des 15-30 ans concernent le plus souvent les soins dentaires (45).

En parallèle, on relève que la proportion des fumeurs quotidiens augmentent avec l'âge, elle est de 23,6% chez les 15-19 ans et s'élève à 40,9% chez les 18-24 ans (42). La consommation d'alcool et de drogues progressent aussi, pour atteindre un pic à 25 ans (42).

Il sera donc ici question de sevrage tabagique et d'accompagnement face aux conduites à risques tels que les troubles du comportement alimentaire.

2) ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE : la santé bucco-dentaire des enfants de 12 ans participant au dispositif MT 'dents en Gironde

2-1) Contexte de l'étude

Très peu d'études sont menées à partir des bilans bucco-dentaires pour faire l'état des lieux de la santé bucco-dentaire des enfants. Les dernières données dont nous disposons sur le programme MT' dents sont le résultat d'une étude de la CNAMTS (46) basée sur des examens bucco-dentaires réalisés en 2010 sur des enfants âgés de 6,9 et 12 ans et des adolescents de 15 et 18 ans à partir d'un échantillon représentatif constitué de dix-neuf caisses primaires d'assurance maladie. Il apparaît que l'indice CAO des enfants de douze ans ayant participé à cette étude est très inférieur à celui relevé lors de l'enquête de l'UFSBD en 2006 (0,91 contre 1,23) (5). Par conséquent, le besoin d'attirer dans le dispositif les enfants présentant les atteintes carieuses les plus sévères était mis en exergue. Des mesures avaient alors été mises en place pour toucher un public plus large (publicités sur différents médias, relance des invitations, augmentation de la durée de validité du MT 'dents...).

2-2) Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était de décrire l'état bucco-dentaire des enfants de 12 ans en Gironde, notamment, l'état parodontal, l'état carieux et sur les besoins en orthodontie.

2-3) Méthodes

2-3-1) Schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale à l'échelle départementale concernant les bilans bucco-dentaires réalisés en 2017 auprès d'un échantillon représentatif de chirurgiens-dentistes en Gironde

2-3-2) Population d'étude

La population cible de notre étude était constituée des adolescents âgés de 12 ans ayant participé en 2017 au bilan bucco-dentaire dans le cadre du dispositif MT 'dents en Gironde.

Nous avons choisi l'âge de 12 ans pour les raisons suivantes : tout d'abord l'âge de la population cible des bilans bucco-dentaires variait en 2017 de 6 à 18 ans, 12 ans constituait l'âge moyen. De plus, c'est un âge de référence internationale et l'OMS préconise de le retenir pour les enquêtes épidémiologiques (38) .Toutes les dents permanentes devraient être présentes sur l'arcade sauf la troisième molaire. Enfin, nous bénéficierons des données recueillies en 2002 par l'UFSBD sur la santé bucco-dentaire de l'enfant de 12 ans en Gironde (6) .Cette étude fait état d'une prévalence carieuse de 16,8%.

Pour assurer une bonne représentativité, les praticiens ont été tirés au sort à partir d'une liste de chirurgiens-dentistes qui répondaient aux critères de sélection suivants. Ils devaient être inscrits au conseil de l'ordre départemental de la Gironde, exercer en omnipratique (hors spécialité ou exercice exclusif de la parodontologie, prothèse, endodontie), dans un cabinet libéral ou dans un centre de soins dentaires de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Enfin, les chirurgiens-dentistes devaient être d'accord pour participer à l'étude et

devaient avoir conservé la partie du bilan bucco-dentaire où sont renseignées les variables qui nous intéressaient.

2-3-3) Taille de l'échantillon

Pour le calcul de cet échantillon, nous avons considéré la prévalence trouvée par l'UFSBD en 2002 (6) et qui est la seule référence départementale disponible pour cet âge en Gironde. De plus, nous n'avons pas tenu compte de l'effet de grappe.

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel OPENEPI, un logiciel de statistiques épidémiologiques en accès libre sur internet.

Ainsi, pour estimer une fréquence carieuse de 16,8% avec une précision de 5% et un intervalle de confiance à 95%, notre étude nécessitait un échantillon d'au minimum 207 bilans bucco-dentaires.

2-3-4) Constitution de l'échantillon

Afin de déterminer le nombre de chirurgiens-dentistes à contacter, il était nécessaire de connaître le nombre de bilans bucco-dentaires d'enfants de 12 ans complétés en 2017 par un chirurgien-dentiste. L'étude de la distribution des âges sur l'ensemble des bilans-bucco dentaires réalisés par un praticien (Dr Lang) en une année nous a indiqué que sur 90 bilans bucco-dentaires, 23 concernaient des enfants de 12 ans soit 25%.

De plus, dans le but d'obtenir des résultats représentatifs sur l'état bucco-dentaire des enfants de 12 ans en Gironde, nous avons choisi de diviser le département en arrondissement. (Annexe 2)

Pour assurer une bonne représentativité des différents arrondissements (Tableau 1), un tirage au sort d'un nombre de chirurgiens-dentistes proportionnel à la taille de l'arrondissement a été réalisé afin de sélectionner les cabinets dentaires où devaient être recueillis les bilans bucco-dentaires, avec un minimum d'un dentiste par arrondissement.

Arrondissement	Population	Pourcentage	Nombre de bilans bucco-dentaires nécessaires	Nombre de dentistes à tirer au sort
Arcachon	151767	9,61%	20	1
Blaye	90989	5,76 %	12	1
Bordeaux	954320	60,46%	125	6
Langon	134975	8,55%	18	1
Lesparre-Médoc	89296	5,65%	12	1
Libourne	157039	9,94%	21	1
TOTAL	1578386	100,00%	208	11

Tableau 1 : Répartition nécessaire de l'échantillon par arrondissement de Gironde

Source : Schéma départemental de la coopération intercommunale arrêté le 29 mars 2016 (47)

Pour les arrondissements d'Arcachon, Blaye, Langon, Lesparre-Médoc, Libourne, un tirage au sort a été effectué à partir de la liste exhaustive des chirurgiens-dentistes éligibles exerçant en cabinet de ville dans le chef-lieu de l'arrondissement. Nous avons sélectionné dans chaque chef-lieu d'arrondissement 1 chirurgien-dentiste. Si le nombre de bilans-bucco dentaires de 12 ans réalisés en 2017 ne suffisait pas ou si le chirurgien-dentiste ne souhaitait pas participer à l'étude ou s'il n'avait pas gardé les documents nécessaires, un deuxième chirurgien-dentiste a été tiré au sort.

Quant à Bordeaux, 6 dentistes ont été tirés au sort sur l'ensemble de l'arrondissement à partir de la liste exhaustive des chirurgiens-dentistes éligibles.

Les premiers praticiens tirés au sort ayant systématiquement refusé de participer à l'étude, il a été décidé pour les suivants de ne pas faire de tirage au sort et de sélectionner les bilans bucco-dentaires suivant la volonté de coopération.

Tous les bilans bucco-dentaires des enfants de 12 ans vus en 2017 par les chirurgiens-dentistes participants ont été recueillis.

2-4) Variables clinique relevées

Nous avons exploité les données recueillies par le chirurgien-dentiste lors du bilan bucco-dentaire disponibles sur le coupon à conserver du formulaire de prise en charge (Photographie 1).

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

↳ **état parodontal**

- parodontopathie oui non

↳ **besoins de soins dans le cadre du dispositif :** oui non

si oui

- détartrage
- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :
- dent(s) à soigner

↳ **besoins de soins hors cadre du dispositif :** oui non

si oui

- ODF
- prothèse(s)

↳ **acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention :** oui non

Photographie 1 : partie inférieure du formulaire de prise en charge

2-5) Ethique

Une déclaration de type MR 003 a été réalisée auprès de la CNIL. La prise de contact avec les chirurgiens-dentistes s'est faite par téléphone en fonction de l'arrondissement dans lequel ils exercent. Si le praticien acceptait le protocole, nous nous sommes rendus sur place afin de recueillir les données. Une note d'information à afficher dans la salle d'attente pour informer les patients a été remise à tous les chirurgiens-dentistes participants. (Annexe 3)

Les données recueillies ont été réunies dans un dossier unique et anonyme et soumises à un seul examinateur, le secret médical a été respecté.

2-6) Saisie et analyse des données

La saisie des données et l'analyse descriptive ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi-Info 7.

Les fréquences et les pourcentages des variables qualitatives ont été ainsi renseignés.

Pour les variables quantitatives, les moyennes, écart-types, médianes et quartiles ont été calculés.

La prévalence carieuse et le CAO moyen ont été calculés avec leur intervalle de confiance à 95%.

Dans le but de représenter le CAO moyen du tiers de la population présentant le CAO le plus élevé, le Significant Caries Index (Sic) a été calculé.

Afin d'apprécier le besoin en soin individuel, l'indice de traitement a été calculé. Il correspond au rapport du nombre de dents obturées sur la somme de dents obturées et cariées (l'indice de traitement ne peut être calculé que si CO est différent de 0) et s'interprète comme suit :

-L'indice de traitement est nul donc aucune dent cariée n'a été traitée.

-L'indice de traitement est compris entre 0 et 1, donc les dents cariées sont partiellement traitées.

-L'indice de traitement est égale à 1, ce qui signifie que toutes les dents cariées sont traitées.

L'indice de bonne santé dentaire a également été calculé ; il permet de connaître le pourcentage de sujets n'ayant pas besoins de soins (C=0). Il est composé de la somme des sujets ayant un indice CAO nul donc indemnes et des sujets dont l'indice de traitement est égal à 1.

3) Résultats

3-1) Caractéristiques sociodémographiques et géographiques

Le recueil des données s'est déroulé de mai à juillet 2018 dans le département de Gironde. Nous avons contacté deux centres dentaires (le centre dentaire de la CPAM de Pelleport et le centre dentaire de la CPAM de Cenon) et 17 chirurgiens-dentistes. Parmi ces derniers, 7 ont refusé (dans les arrondissements d'Arcachon, de Blaye, de Bordeaux) ; 2 chirurgiens-dentistes n'ont pas pu participer à l'étude dans les arrondissements d'Arcachon et Langon car ils n'avaient pas conservé leur coupons MT 'dents ; 8 chirurgiens-dentistes ainsi que 2 centres dentaires de la CPAM ont contribué à l'étude pour un total de 219 bilans. La répartition par arrondissement, la commune de recueil et le mode d'exercice des participants sont indiqués dans le tableau 2.

Arrondissement	Effectifs	Pourcentage (%)	Commune de recueil	Structure
Arcachon	21	9,59	La Teste de Buch	libéral
Blaye	14	6,39	Blaye	libéral
Bordeaux	128	58,45	Bordeaux	Centre dentaire de la CPAM Pelleport
			Cenon	Centre dentaire de la CPAM CENON
			Le Pian-Médoc	libéral
			Pessac	libéral
			St Jean d'Illac	libéral
Langon	18	8,22	Langon	libéral
Lesparre-Médoc	15	6,85	Lesparre-Médoc	libéral
Libourne	23	10,50	Libourne	libéral
Total	219	100		

Tableau 2 : Répartition des effectifs par arrondissement dans l'échantillon, commune de recueil et mode d'exercice des chirurgiens-dentistes participant à l'étude.

3-2) Etat dentaire

3-2-1) *Indice CAO et ses composantes, indice SiC*

La prévalence carieuse était de l'ordre de 8,7% [Intervalle de confiance (IC) à 95% :4,95-12 ,40] (N= 19). L'indice CAOD de notre échantillon était en moyenne de 0,25 [Intervalle de confiance (IC) à 95% : 0,13- 0, 36] avec un minimum de 0 et un maximum de 6 (Q1=0 ; Q2=0 ; Q3=0). (Tableau 3)

L'indice carieux présentait une distribution unimodale, la valeur la plus fréquente du CAO étant de 0 (n=194).

Sur les 219 bilans bucco-dentaires, 25 présentaient au moins une dent cariée ou obturée, au total, nous dénombrons 55 dents cariées ou obturées. Aucun des enfants de 12 ans ne présentaient une dent absente pour cause de carie.

Parmi ces 25 bilans, les lésions carieuses représentaient la majeure partie du CAOD à savoir 67,3 % avec 37 caries relevées.

Indice	Minimum	Moyenne	Ecart-type	Maximum
C	0	0,17	0,63	4
A	0	0	0	0
O	0	0,08	0,56	6
CAOD	0	0,25	0,85	6

Tableau 3 : CAOD et ses composantes.

Le SiC de notre échantillon s'élevait à 0,75(+/-1,34), il était composé à 65,75% d'individus dont l'indice CAO est nul.

3-2-2) *Indice de traitement*

Seuls les 25 bilans (11,41% de l'échantillon) qui présentaient un nombre de dents cariées et/ou obturées non nul ont été analysés et ont montré que 68% d'entre eux présentaient un indice de traitement égal à 0 (Tableau 4).

Indice de traitement	Fréquence	%
0	17	68,0
] 0-1[2	8,0
1	6	24,0
Total	25	100

Tableau 4 : Indice de traitement des enfants présentant une atteinte carieuse présente ou passée

3-2-3) Indice de bonne santé dentaire

194 enfants soit 88,6% des enfants étaient indemnes en denture permanente

6 enfants soit 2,7 % avaient toutes leurs dents cariées traitées

En conclusion, 91,3 % des enfants présentaient une bonne santé dentaire.

3-3) Besoins en soins

Dans le bilan bucco-dentaire, les besoins en soins sont de quatre natures : les soins parodontaux, les soins de caries, le détartrage, le scellement des sillons, l'ODF et les soins prothétiques.

Le besoin en avulsions de dents lactéales ne figure pas sur le formulaire du bilan bucco-dentaire, néanmoins certains praticiens l'ajoutaient. Il figure donc dans le tableau 5 ci-dessous.

Besoin en soins	Nombre d'enfants	%
Détartrage	64	29,63
Scellement des sillons	14	6,48
Caries	19	8,67
1^{ème} molaire	72,9%	
2^{ème} molaire	8,1%	
1^{ème} prémolaire	10,8 %	
2^{ème} prémolaire	8,1%	
Avulsion dents lactéales	5	2,28
ODF	125	59,96

Tableau 5: besoins en soins des enfants participant au bilan bucco-dentaire

Lors du bilan, seulement deux enfants présentaient un scellement. Dans ces deux cas, les quatre molaires étaient déjà scellées.

Vingt-quatre enfants (11,1%) présentaient des dents à soigner. Il s'agissait principalement de soins de caries, les premières molaires définitives étaient le plus souvent touchées suivies des deuxièmes molaires. Sept enfants (3, 3%) présentaient une parodontopathie

4) Discussion

4-1) Résumé des résultats principaux

L'indice CAO moyen des enfants girondins participant au dispositif s'élevait à 0,25 et correspondait dans l'échelle de gravité proposé par l'OMS à une « très faible atteinte ». Néanmoins, il convient de relever que 19 enfants se partageaient la composante C de l'indice CAO et étaient porteurs de 37 dents permanentes cariées non traitées. L'indice SiC s'élevant à 0,75 vient confirmer la concentration des lésions carieuses sur une faible part de l'échantillon.

4-2) Mise en perspective des résultats avec ceux de l'étude de l'UFSBD en Gironde

Nous nous proposons de mettre en perspective nos résultats avec la dernière étude en vigueur à savoir l'enquête départementale réalisée par l'UFSBD en Gironde sur la santé bucco-dentaire des enfants de 12 ans en 2002 (6). Cette étude portait sur un échantillon représentatif établi à partir du fichier des collèges de l'Education Nationale. Des examinateurs ayant participé à une réunion de formation de l'UFSBD étaient chargés de réaliser le dépistage dans les classes de 5^{ème} sélectionnées dans le département afin de rendre compte de l'état carieux et du besoin en soin de cette population.

L'indice CAO recueilli dans notre étude était inférieur par rapport à celui de la dernière référence départementale (1,16) (Figure 3). Cet écart était également valable pour la composante C (0,29) et les composantes O (0,63) et A (0,24) de l'indice.

Les enfants en bonne santé dentaire étaient plus nombreux chez les enfants qui ont participé au dispositif et dont nous avons analysé les bilans (91,3 %) que chez les enfants de l'enquête départementale de 2002 (83,2%).

Le besoin en soins de caries était presque moitié moins faible (autrement dit 8,67 contre 16,8).

Les données sur le besoin en soins orthodontiques ou de détartrage ne pouvaient pas être strictement comparées. En effet, l'enquête de l'UFSB a relevé le besoin en surveillance ou de traitement orthodontiques et la présence ou non de tartre.

En revanche, on peut préciser que si le besoin en détartrage dans notre échantillon concernait 29,6%, l'étude de l'UFSBD relevait quant à elle la présence de tartre chez 7% des enfants.

Ainsi nous observons une atteinte carieuse et un besoin en soins moins important chez les enfants ayant participé au programme en 2017 par rapport à ceux décrit dans l'étude de l'UFSBD. Néanmoins, il est difficile d'interpréter ces différences étant donné le temps entre les deux études (15 ans).

Cependant, nos conclusions rejoignent celles de l'étude de la CNAMTS dans le fait que parmi les participants au dispositif, une faible part concentre les problèmes carieux. Cela signifie donc qu'il faudrait procéder à une action communautaire davantage ciblée.

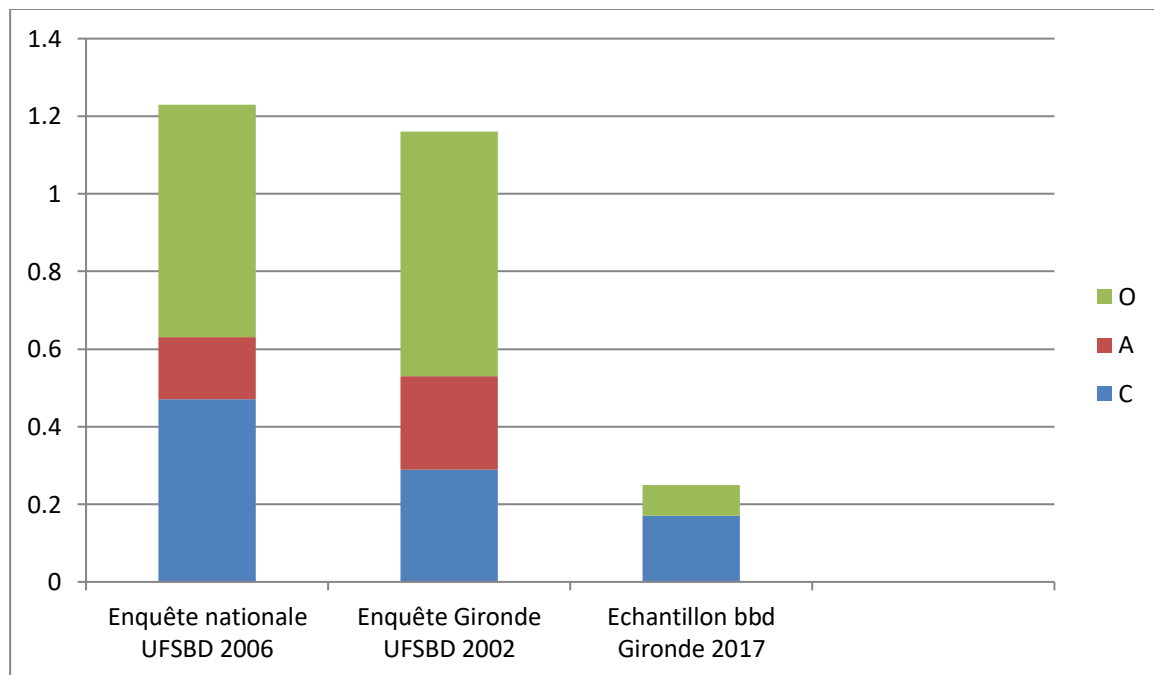


Figure 3 : Indices CAO selon les études

4-3) Faible prévalence des dents présentant un scellement des sillons ou nécessitant cet acte de prophylaxie

Seulement deux enfants de notre échantillon présentaient des scellements de sillons et 6,5% devaient se voir dispenser des scellements de sillons, taux inférieur à la prévalence carieuse.

C'est d'autant plus troublant que la majorité des caries relevées touchaient la dent de 6 ans. D'après l'étude de l'UFSBD de 2006 sur les enfants de 6 ans 29,6% des enfants de 6 ans nécessitaient des soins de caries.

Parmi les raisons qui peuvent expliquer ce faible taux de dents présentant un scellement des sillons on peut évoquer :

- que les chirurgiens-dentistes qui complètent le schéma dentaire sont davantage à l'affût du besoin en soins et omettent de relever les dents présentant un scellement des sillons.

- Une difficulté à détecter les ciments de scellements dans les sillons d'autant plus s'ils ont été mis en place lors du précédent bilan bucco-dentaire jusqu'à 6 ans plus tôt.

Quant au faible taux des enfants nécessitant un scellement des sillons, il peut s'expliquer par une mauvaise appréciation du risque carieux et de l'anatomie des molaires, autrement dit d'une méconnaissance des indications du scellement des sillons.

Ce constat fait écho aux conclusions de l'UFSBD sur le scellement prophylactique au niveau national. D'après cette étude, comparé aux 21,7% des molaires CAO à douze ans, le taux de scellement de ces dents était de 6,7% (2).

Pour conclure, comme le préconise l'HAS (39), il est nécessaire d'encourager le scellement des sillons des molaires permanentes qui comme nous l'avons précisé dans la première partie constitue l'acte de prévention primaire le plus efficace. En outre, il serait intéressant d'instaurer pour les enfants ayant fait l'objet d'un tel acte une visite de contrôle à 3 mois ou 6 mois pour vérifier l'intégrité des scellements et apprécier de nouveau le risque carieux.

4-4) Limites

Notre échantillon ne peut être jugé représentatif car la sélection par tirage au sort n'a pas été concluante puisque peu de chirurgiens-dentistes ont accepté de participer à notre étude. Néanmoins, la répartition de l'échantillon par arrondissement a pu être respectée.

De plus, le recueil des données à partir des bilans bucco-dentaires pose le problème de l'opérateur-dépendant. Effectué dans le cabinet dentaire des participants, l'examen se déroule

dans des lieux ne disposant pas du même éclairage et matériel. A cela s'ajoute, le sens clinique, l'expérience de chaque praticien de même que le jugement et la considération qu'il porte sur le dispositif MT 'dents.

Un chirurgien-dentiste peut voir à travers le bilan bucco-dentaire une aide pour établir son plan de traitement, pour d'autres, il peut constituer une formalité administrative. Ces différents rapports vis-à-vis du programme MT 'dents transparaissent dans la manière dont les bilans sont complétés si bien que l'on constate une grande disparité dans la façon dont ils sont complétés. On retrouve beaucoup de praticiens qui complètent le bilan bucco-dentaire avec des annotations qui ne devraient pas apparaître, ce qui peut témoigner d'une insuffisance du protocole au niveau de ces bilans bucco-dentaires. L'ajout d'items adaptés à cet examen de prévention bucco-dentaire apparaît comme nécessaire (par exemple l'ajout d'un item renseignant l'avulsion des dents lactéales nécessaire). A l'inverse on observe également des bilans à peine complétés par les praticiens.

En résumé, pour s'assurer d'une plus grande uniformité de jugement dans le recueil des données, une action pourrait être menée sur le formulaire de prise à charge du bilan bucco-dentaire, il gagnerait à se préciser pour mieux guider la séance de prévention. Cela permettrait un meilleur dépistage, un examen plus complet mais aussi en le rendant moins opératoire dépendant permettrait de lui redonner sa vocation initiale, celle d'outil épidémiologique à même de nous renseigner sur les retombées du plan de prévention lors de son évaluation. Ainsi cette partie devrait systématiquement être transmise à l'Assurance maladie, qui pourrait l'analyser et produire une surveillance de l'état dentaire des enfants, et ce, sans biais de sélection des chirurgiens-dentistes.

4-5) Nécessité d'évaluer régulièrement le programme de santé

Cette notion d'évaluation se doit d'être au centre d'un programme de santé. En effet, un programme de santé n'est pas une organisation linéaire mais circulaire.

Dans le cas du programme MT 'dents où les populations cibles sont définies pas leur âges, les individus qui composent ces populations cibles varient selon leur état de santé bucco-dentaire ou encore leurs besoins en soins.

Sans la notion de feed-back des actions menées et donc d'évaluation, il n'est non seulement plus possible de connaître l'efficacité des actions menées, les besoins en soins mais aussi si le programme atteint sa cible.

Un programme de santé sans évaluation régulière risque à long terme d'être inefficace sur le plan économique et médical.

En conséquence, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé prévoyait dans ses textes une évaluation quinquennale des plans. Le plan national de prévention bucco-dentaire présenté en 2005 prévoyait quant à lui la mise en place d'un comité du suivi. Sa mission avait pour but de s'assurer du suivi du plan ainsi que son évaluation dans le but de son amélioration(48).

Or la dernière évaluation nationale portait sur des enfants et des adolescents ayant participé au dispositif en 2007 et 2010 (5). L'amélioration de l'état dentaire est certaine mais les populations présentant l'atteinte carieuse la plus sérieuse ne semblent pas participer au dispositif et dans les cas où elles participent le taux de renoncement aux soins est plus élevé (46). Des mesures sont proposées pour y remédier. Une meilleure information sur la prise en charge du bilan bucco-dentaire et les modes de remboursement et des actions de prévention plus ciblées dans les écoles par exemple.

Ces actions pourraient permettre de réduire l'écart entre les indices carieux des participants au dispositif et le reste de la population. Néanmoins, on peut s'interroger sur des éléments intrinsèques au bilan bucco-dentaires susceptibles d'entraîner une sous-estimation de la prévalence des pathologies bucco-dentaires.

4-6) Perspectives d'évolution du bilan bucco-dentaire

4-6-1) L'indice CAO est-il l'indice épidémiologique le plus approprié au dispositif de prévention MT' dents ?

4-6-1-1) L'indice CAO

L'indice CAO fut décrit pour la première fois par Palmer et Klein en 1938 (49), il a pour but d'évaluer l'état dentaire d'une population (9). Il permet de décrire la sévérité de l'atteinte carieuse et l'expérience carieuse des dents permanentes. L'OMS recommande son utilisation et celles de ses dérivés afin de faciliter la comparaison des enquêtes épidémiologiques entre les pays (50).

Initialement l'indice CAOD prend uniquement en compte les lésions cavitaires avec atteinte de la dentine. L'approche médicale de la carie a conduit à une évolution de l'indice. Ainsi l'indice CIAOD comptabilise les lésions initiales tandis que l'indice C3AOD (équivalent de l'ancien CAOD) enregistre seulement les lésions dentinaires cavitaires. Ce dernier est l'indice recommandé par l'OMS pour enregistrer les données épidémiologiques de la carie, ceci dans un souci d'harmonisation des enquêtes au niveau international (51).

En conséquence, l'utilisation de l'indice CAOD pose problème et d'autant plus dans le cas des enquêtes épidémiologiques ayant pour but d'évaluer la santé bucco-dentaire des enfants. Face à une dent absente, le chirurgien-dentiste ne peut pas établir à coup sûr que la dent est perdue suite à une exfoliation naturelle ou à un processus carieux.

De plus, l'indice CAOD n'est pas adapté à notre compréhension du processus carieux chez l'enfant. Comme nous l'avons précédemment abordé, un des points clés de la prévention chez ces populations cibles que sont les enfants et les adolescents sont les actions de reminéralisation des lésions carieuses non cavitaires. Or, puisque cette classification ne tient pas compte de ces dernières, cela entraîne une sous-estimation du besoin de mise en place de stratégies de préventions à destination des populations cibles (52). Il en résulte que certaines études épidémiologiques l'ont abandonné pour un indice plus sensible.

4-6-1-2) L'indice ICDAS

L'indice ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) est davantage adapté aux connaissances actuelles sur le processus carieux, si bien que l'on peut considérer que cette classification constitue une avancée significative (9). Elle permet de distinguer les différents stades de la maladie carieuse sur des critères visuels qui sont corrélés à une atteinte histologique (53).

La classification CAO prend seulement en compte les lésions cavitaires de ce fait, son usage peut induire des faux négatifs, à savoir des patients porteurs de lésions carieuses et comptabilisés comme sujets sains.

Or la nouvelle approche du processus carieux implique d'intervenir en amont des lésions cavitaires, à savoir, dès les premiers signes de déminéralisation de l'émail qui sont objectivées par la classification ICDAS (9).

Cette dernière permet donc la détection des lésions carieuses initiales et permet donc une prise en charge précoce de la maladie carieuse avec l'application des techniques préventives de la dentisterie restauratrice à minima (54).

La classification ICDAS est donc plus appropriée pour un programme de prévention chez l'enfant, il serait intéressant de retenir cet outil comme indice de référence pour le bilan bucco-dentaire (55).

4-6-2) Mise en place d'un indice parodontal

L'état parodontal est renseigné par un seul item dans le document support du bilan bucco-dentaire. Il indique l'absence ou la présence de parodontopathie.

On peut redouter que cette approche dichotomique ne présage d'un examen parodontal insuffisamment poussé et très opérateur dépendant.

Préciser les éléments à renseigner sur le bilan bucco-dentaire permettrait une meilleure prise en charge parodontale mais également de rappeler les éléments clés de l'examen parodontal (17). Celui-ci serait réalisé en première intention sur six dents de référence (16, 11, 26, 36, 31,46) sur lesquelles seraient évalués les indices parodontaux, en conséquence ils figureraient dans le formulaire de prise en charge sous la forme des items suivants :

- Un item « Indice de plaque bactérienne », l'indice d'O'Leary, le plus adapté aux populations cibles du bilan bucco-dentaire (17). De cette façon l'évaluation de l'hygiène orale serait davantage objectivée et l'éducation au brossage mieux adaptée.
- Un item « Inflammation gingivale » qui serait mesurée avec le GBI d'Ainamo et Bay.

- Un item « Sondage du niveau d'attache parodontale » qui permettrait de mettre en évidence le signe pathognomique de la parodontite et d'établir ainsi le diagnostic différentiel entre une perte d'attache et les pseudo-poches fréquentes chez l'enfant lors de l'éruption dentaire(17).

De plus, nous connaissons la composante génétique qui intervient dans l'apparition de la maladie parodontale. L'examen clinique idéal de l'enfant ou de l'adolescent devrait donc débiter par un interrogatoire médical de l'enfant naturellement mais aussi par celui de ses parents. Le rajout d'un item « Présence d'une maladie parodontale chez les parents » serait donc intéressant.

Ainsi, une meilleure représentativité des renseignements parodontaux à compléter sur le bilan bucco-dentaire aurait donc deux avantages, au niveau individuel, un examen parodontal davantage standardisé qui permettrait un meilleur dépistage, un meilleur accompagnement et suivi. Au niveau communautaire, il permettrait de davantage cibler les stratégies de préventions des maladies parodontales.

4-6-3) Standardiser les points clés de la séance de prévention en fonction de l'âge cible et rajouter la liste des actes à effectuer sur le formulaire de prise en charge

D'après la Convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2006 , l'examen de prévention doit se dérouler ainsi (29) (Figure 4) :

- une anamnèse
- un examen bucco-dentaire
- une sensibilisation à la santé bucco-dentaire (technique de brossage, hygiène bucco-dentaire...)
- des conseils d'alimentation

L'examen peut être complété si besoin par des radiographies intra-buccales, s'ensuit l'établissement d'un programme de soins.

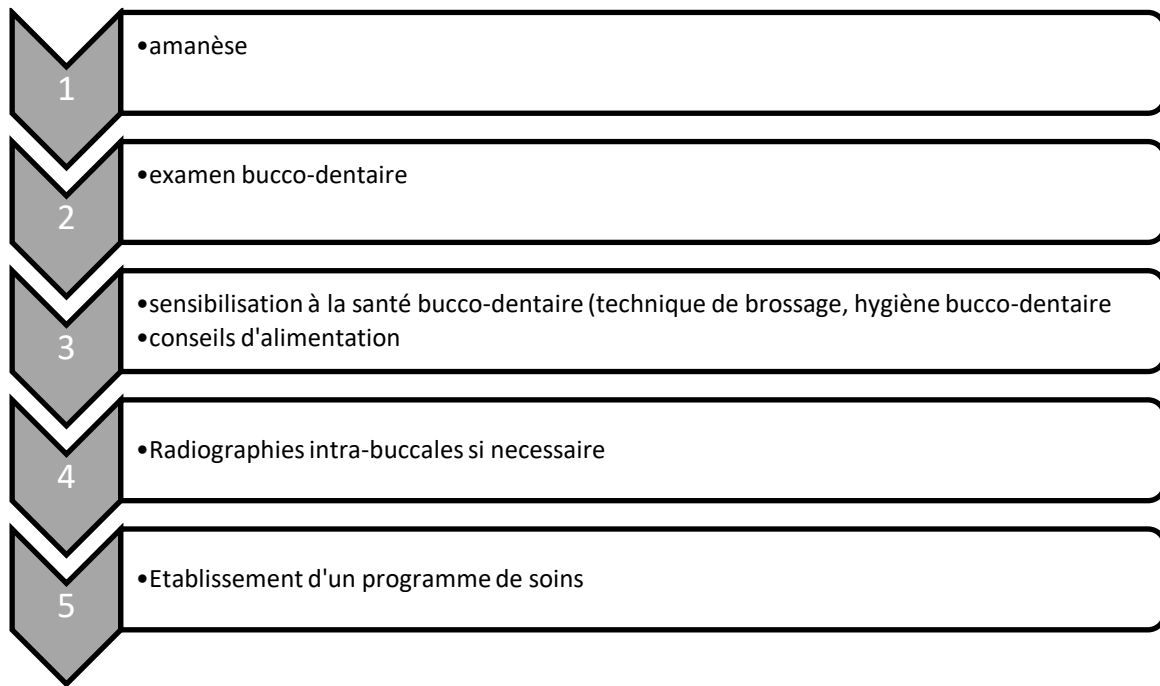


Figure 4 : Composantes obligatoires de l'examen de prévention du bilan bucco-dentaire d'après la Convention nationale des Chirurgiens-dentistes.

Obligatoire depuis 2001, L'examen bucco-dentaire de prévention des 6 et 12 ans voit son contenu précisé par l'arrêté du 9 décembre 2005 (56) (Figure 5). Le texte de loi stipule que l'examen doit être adapté à l'âge afin de permettre le diagnostic des pathologies, des anomalies, des troubles bucco-dentaires et un éventuel besoin en soins. La séance de prévention doit comprendre de manière obligatoire:

- une évaluation des habitudes alimentaires, de l'hygiène bucco-dentaire et du risque carieux
- une sensibilisation à la santé bucco-dentaire, des conseils personnalisés en collaboration étroite avec les parents, un enseignement du brossage, des recommandations pour une bonne hygiène alimentaire et des informations sur le rôle du fluor.

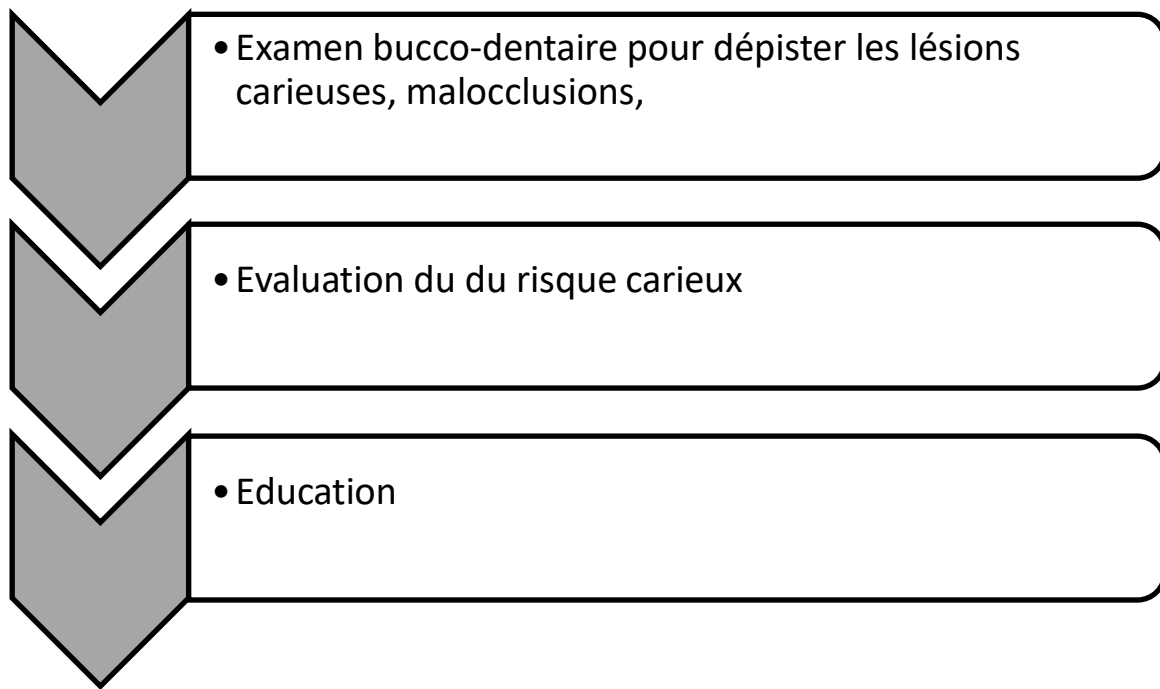


Figure 5 : contenu de l'examen dentaire des 6 et 12 ans d'après l'arrêté du 9 décembre 2005.

Quant à l'HAS, elle met en exergue l'importance de l'éducation pour la santé bucco-dentaire et du bilan individuel du risque carieux (43). Dans ses recommandations elle préconise d'effectuer durant ces séances de prévention:

- un bilan des apports fluorés pour les enfants de 6 ans car il se situe dans une période de susceptibilité à la fluorose dentaire.

-dans les cas où l'examen de prévention relève un risque carieux élevé il convient de proposer les actes de prophylaxie les plus adaptés (application de vernis fluoré ou de gel fluoré deux fois par an, le scellement des sillons des premières et deuxième molaires permanentes et leur réparation si le risque carieux persiste).

On voit donc que les recommandations bien que de sources différentes tendent vers le même objectif. Comme le préconisait déjà l'HAS en 2010 (43), il serait bénéfique de faire figurer ces points clés sur le document support du bilan bucco-dentaire sous forme d'une check-list. En outre, le formulaire est aujourd'hui le même pour les enfants de 6 ans et les adultes âgés de 24 ans, il devrait être adapté aux caractéristiques épidémiologiques des populations cibles. En effet, le risque carieux, traumatique, l'atteinte parodontale varient avec l'âge.

4-6-4) 6ans, un âge d'entrée dans le dispositif trop tardif ?

Une des justifications à la mise en place d'un examen de prévention obligatoire à 6 ans était la forte prévalence carieuse observée, en 2006 la carie touchait plus d'un tiers des enfants de cet âge (2) .Dans un tel contexte, mettre en place un examen de prévention à 6 ans avec pour ambition de favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste peut paraître déconcertant. Cela vient conforter l'idée reçue selon laquelle il convient de se soucier de l'état bucco-dentaire de son enfant avec l'apparition des premières dents définitives. Sans compter que d'une certaine manière l'instauration de cet examen obligatoire semble contredire les recommandations de la HAS qui préconise aux parents de consulter un chirurgien-dentiste lors des trois ans de l'enfant (43).

En effet, les enfants en denture temporaire ne sont pas épargnés par la maladie carieuse. On peut rencontrer la carie de la petite enfance lié au biberon, des polycaries évolutives chez les enfants d'au moins trois ans. A cela s'ajoute un risque de trauma important, il en résulte qu'il n'est pas rare qu'un premier contact ait déjà eu lieu avec un chirurgien-dentiste avant le premier bilan bucco-dentaire. D'ailleurs, certaines caisses comme la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) dispensent des examens de prévention à l'âge de 3 ans copiés sur le modèle du bilan bucco-dentaire et qui permettent ainsi aux enfants de se familiariser avec le cabinet dentaire (57).

La tendance du programme MT' dents fut un temps d'accompagner plus longtemps les enfants avec la mise en place des bilans bucco-dentaires des 21 et 24 ans. Le rôle de prévention sur la santé bucco-dentaire de l'enfant préscolarisé était laissé à la mère (48). En effet des informations sont délivrées à la future mère lors de son examen bucco-dentaire sur le syndrome du biberon, le rôle du fluor, le risque de contamination croisée et le brossage. Les retombées de cet examen réalisé durant la grossesse sur la santé bucco-dentaire de l'enfant à naître ne sont pas établies.

Dans ce contexte, il est compréhensible que la nouvelle Convention décide d'élargir le dispositif MT 'dents aux enfants de 3 ans (32).

CONCLUSION

Notre enquête épidémiologique avait pour objectif de décrire la santé bucco-dentaire des enfants de douze ans participant au bilan bucco-dentaire proposé dans le cadre du programme MT 'dents en Gironde.

Nous avons observé que la grande majorité des enfants de notre échantillon était indemnes de caries et présentaient un CAO plus bas que celui des enfants de 12 ans au niveau départemental et national qui ont été décrits dans des études antérieures.

Néanmoins, en dépit d'un CAO globalement faible et qui satisfait aux objectifs de l'OMS pour cet âge, une part marginale de l'échantillon concentre la composante carieuse de l'indice.

Nous pouvons donc soutenir que le bilan bucco-dentaire destiné aux enfants de 12 ans n'atteint pas sa cible, à savoir les populations les plus touchées par l'atteinte carieuse. Des pistes restent à explorer afin d'améliorer la diffusion du bilan bucco-dentaire telle que son accomplissement dans un cadre scolaire et une meilleure information sur le dispositif à l'intention des parents et des enfants.

Par ailleurs, on peut regretter l'existence de faiblesses intrinsèques au bilan bucco-dentaire susceptibles de mener à une sous-estimation de la prévalence des pathologies bucco-dentaires et donc des besoins en prévention des populations cibles. Ainsi, le remplacement de l'indice CAO usité lors du bilan bucco-dentaire par l'indice ICDAS permettrait d'améliorer la détection et le diagnostic de la maladie carieuse et par conséquent une meilleure prise en charge thérapeutique. Il en va de même pour le dépistage de la maladie parodontale qui gagnerait à être mieux représenté sur le formulaire de prise en charge. Celui-ci se trouverait amélioré par l'ajout d'une procédure standard adaptée à chaque âge. Une telle évolution du formulaire de prise en charge pourrait donc concourir à diminuer le défaut d'uniformité de jugements entre les différents observateurs dans la collecte des données de l'examen de prévention. Il va de soi que la transformation du bilan bucco-dentaire ne pourrait s'opérer

sans la collaboration des chirurgiens-dentistes conventionnés dont nous ignorons encore la perception sur cette consultation de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la Santé Publique. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (version en vigueur au 24 décembre 2018).
2. Hescot P, Roland E. La santé dentaire en France. Paris: Union française pour la santé bucco-dentaire; 2006.
3. Calvet L, Moisy M. (page consultée le 05/03/19). Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités dès le plus jeune âge. Etudes et Résultats DREES. 2013 Jul; n°847 [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>.
4. Site internet de l'Assurance Maladie. (page consultée le 20 mars 2018). M'T dents : des rendez-vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes, [en ligne] .<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>.
5. Traver F, Du Saucey MJ, Gaucher C. Etat bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique. 2014 avr; 26:481-490.
6. UFSBD de Gironde. La santé dentaire en Gironde en 2002 enquête épidémiologique sur les enfants de 12 ans. Paris: UFSBD ; 2002.
7. Deschamps J-P. La promotion de la santé. In Bourdillon F, editeur. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ;2009. 89-93.
8. World Health Organization. (page consultée le 05/03/2019). Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes no. 1 à 8, [en ligne]. <http://www.who.int/iris/handle/10665/39634>.
9. Muller-Bolla M, Courson F, Dridi P, Viargues SM. L'odontologie préventive au quotidien, maladies carieuse et parodontales, malocclusions. Paris: Quintessence International; 2013.
10. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Syst Rev. 2003;(4):CD002782.
11. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and Fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD001830.
12. Hiiri A, Ahovuo-Saloranta A, Nordblad A, MÄKELÄ M. Pitt et al. Fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 18; (3): CD003067.
13. Kobayashi HM, Scavone H Jr, Ferreira RI, Garib DG. Relationship between breastfeeding durations and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010; 137 (1): 54-58.
14. Romero CC, Scavone H Jr, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J Appl Oral Science. 2011 ; 19(2):161-168.

15. Hiremath S.S. Textbook of Public Health Dentistry. 3ème ed. New-Delhi: Elsevier India; 2016.
16. Charon J, Joachim F. La prévention primaire en parodontie. Rueil-Malmaison: CDP; 2013.
17. Brochery B, Hennequin A, Vaysse F, Bailleul-Forestier I. Parodonte de l'enfant et de l'adolescent. EMC-Médecine Buccale. 2013;8(2):1-11 [Article 28-270-B-10].
18. Miller C, Ten Cate J.M., Lasfargues J.J. La reminéralisation des lésions carieuses (1) Le rôle essentiel des fluorures. Réalités Cliniques. 2004 ;15:249-260.
19. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 05/03/2019. Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent Juin 2002, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/orthodontie_rap.pdf.
20. Muller-Bolla M, Vital S, Joseph C, Lupi-Pégurier L, Blanc H, Courson F. Risque de carie individuel chez les enfants et les adolescents : évaluation et conduite à tenir. EMC - Médecine buccale. 2012;7(3):1-14 [Article 28-608-C-10].
21. Boileau MJ. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte Tome 1 Principes et moyens thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
22. Hobdell M, Petersen P.E, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal. 2003;53(5) :285-288.
23. Organisation Mondiale de la Santé (Bureau régional de l'Europe). (consulté le 23 mars 2018). Promotion de la santé Charte d'Ottawa 1986, [En ligne]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
24. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
25. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30 (4): 241-7.
26. Bourdillon F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis: INPES, coll. Varia, 2009: 192 p.
27. Douste-Blazy, P. La loi relative à la politique de santé publique. Santé Publique. 2004;16 (4):581-582.
28. La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action. Santé publique. 2004;16 (4): 587-596.
29. Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (J.O 18 juin 2006).
30. HAS. (page consultée le 20 mars 2018). Recommandations pour la pratique clinique, Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf.

31. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV . Economie et statistique. 2014 ; 469-470 : 169-197.
32. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (J.O. 25 août 2018).
33. Powell LV. Caries prediction: a review of the literature. Community Dent Oral Epidemiol. 1998;26(6):361-71.
34. Sirven R. L'enfant de 6 à 12 ans ou l'âge docile. Paris: Editions l'Harmattan; 2002.
35. Valet G.M. L'enfant de 6 à 11ans , l'âge de raison , une étape cruciale....Paris: Edition Larousse;2011.
36. Welbury RR, Dugal MS, Hosey MT.Paediatric dentistry. 4th ed. Oxford : Oxford Medical Publ; 2012.
37. De la Dure-Molla M, Naulin-lfi C. Anomalies de formation et d'éruption. In: Naulin-lfi C et al.Odontologie Pédiatrique clinique. Ruel Malmaison: Editions CdP; 2011.p.328. In.
38. Petersen PE, Baez R J, and World Health Organization. (page consultée le 05/03/19).Oral health surveys: basic methods Fifth edition,[en ligne]. <http://www.who.int/iris/handle/10665/97035>.
39. Modéer T,Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. Pediatr Dent. 2000; 44:633-56.
40. Devernay M, Viaux-Sanelon S. Développement neuropsychique de l'adolescent: les étapes à connaitre. Réalités pédiatriques. 2014 Sept; 187: 14-20.
41. Adger H, Belcher H. The effects of substance use disorders on children and adolescents. In: Wolraich M, Drotar D, Dworkin D, Perrin E, editors. Developmental-behavioral pediatrics evidence and practice. Maryland Heights: Mosby; 2008: 669-698.
42. Beck F, Richard J.-B. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé; 2013 : 344 p.
43. HAS recommandations en santé publique. (page consultée le 20 mars 2018). Stratégies de prévention de la carie dentaire synthèse et recommandations Mars 2010, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire.
44. Arrêté du 19 avril 2017 relatif à la nature et aux modalités de l'examen bucco-dentaire de prévention pour les jeunes dans l'année qui suit leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires (J.O. 25 avril 2017).
45. Dourgnon P. Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. In : Drees. Renoncement aux soins actes du colloque. Paris : Drees, coll. Études et statistiques; 2011 : 9-19.
46. Traver, F, Du Saucey M, Gaucher C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Santé Publique. 2014; 26(4): 481-490.

47. Préfet de la Gironde. (page consulté le 24/12/18). Shéma départemental de la coopération intercommunale de la Gironde , [en ligne].[http://www.gironde.gouv.fr/content/download/35797/250495/file/Sch%C3%A9ma_2016%20\(derni%C3%A8re%20version\).pdf](http://www.gironde.gouv.fr/content/download/35797/250495/file/Sch%C3%A9ma_2016%20(derni%C3%A8re%20version).pdf).
48. DGS, bureau de la santé des populations « MC1 ». (page consultée le 24/12/18). Plan national de la prévention bucco-dentaire 2005-2009, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_de_prevention_bucco-dentaire_2006-2010.pdf.
49. Klein H, Palmer CE, Knuston JW. Dental status and dental needs of elementary school children. *Pub Health Rep.* 1938 ; 53 : 751-65.
50. World Health Organization. Oral health surveys-basic methods. Geneva ; 2013.
51. Tramini P, Bourgeois D . Epidémiologie de la carie. *EMC-Médecine buccale.* 2017 ;12(6) :1-15 [Article 28-155-C-10] .
52. Reddy E R, Rani S T, Manjula M, Kumar L V, Mohan T A, Radhika E. Assessment of caries status among schoolchildren according to decayed-missing-filled teeth/decayed-extract-filled teeth index, International Caries Detection and Assessment System, and Caries Assessment Spectrum and Treatment criteria. *Indian J Dent Res.* 2017;28:487-92.
53. Pitts N, Ekstrand K. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS)—methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41: 41–52.
54. Tassery H, Victor J-L, Coudert G, Brouillet J-L, Koubi S. *Dentisterie restauratrice a minima.* EMC (Elsevier SAS, Paris), Odontologie. 2006; 23-145-A-05.
55. Melgar R.A, Pereira J, Tatith, Luz P, Hugo F, Araujo F. Differential Impacts of Caries Classification in Children and Adults: A Comparison of ICDAS and DMF-T. *Braz. Dent. J.* 2016 Dec ; 27(6): 761-766.
56. Arrêté du 9 décembre 2005 relatif à la nature et aux modalités de l'examen bucco-dentaire de prévention obligatoire pour les enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire (J.O.21 décembre 2005).
57. MSA. (page consultée le 11/01/19). La santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes, [en ligne]. <https://www.msa.fr/lfy/sante/prevention-bucco-dentaire-enfants>.

Annexes : Annexe 1 : Formulaire de prise en charge du dispositif MT'DENTS

Examen de prévention bucco-dentaire

article L. 1173-1-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la consommation
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

date limite de réalisation de l'examen :/..../.. *partie à adresser à l'organisme d'affiliation*

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR :	
bénéficiaire : date de naissance :	

Identification du praticien	et Identification de la structure <small>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)</small>
Praticien remplaçant	

identifiant :	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) :
nom et prénom :	

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen :	<small>signature du praticien attestant la réalisation de l'examen</small>
pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/>	
1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>	3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/>
montant des honoraires :	euros

document télétransmis : oui non renseignements à conserver par le praticien

Renseignements médicaux à compléter et à conserver impérativement dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

↳ schéma dentaire à compléter
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

C : dent cariée **A** : dent absente pour cause de carie **O** : dent obturée **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

↳ état parodontal
 - parodontopathie : oui non

↳ besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui non
 si oui :
 - détartrage

- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :

- dent(s) à soigner

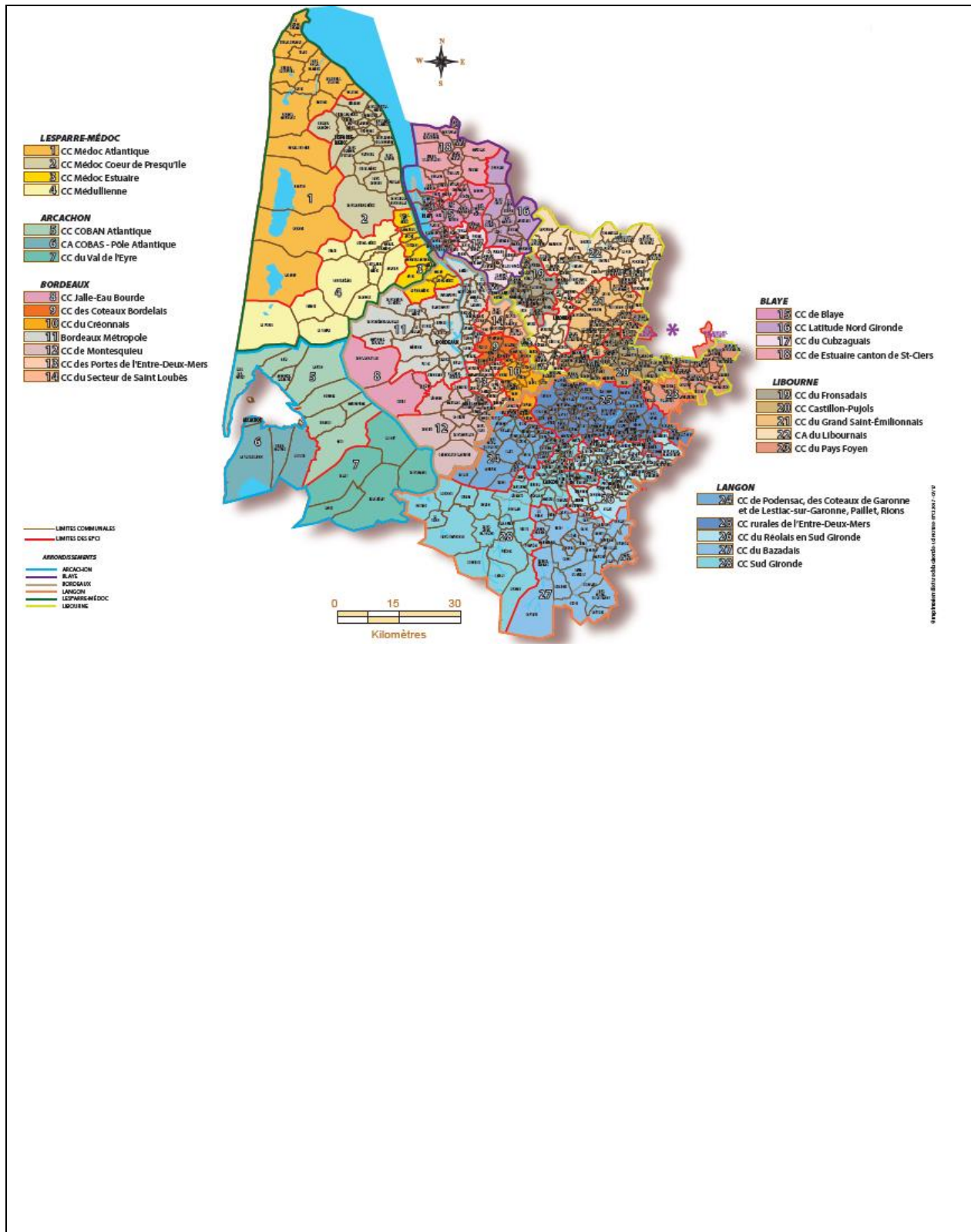
↳ besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui non
 si oui :
 - ODF - prothèse(s)

↳ acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui non

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR :	
bénéficiaire : date de naissance :	

Le formulaire n° 1077 de 4 janvier 1977 modifié relative à l'opérationnelle aux dentiers et aux dentiers d'applicat à ce formulaire.
 Il est garanti son droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant. 108 ERO CSIAM - XII 2017

Annexe 2 : Les 6 arrondissements de Gironde



Annexe 3 :note d'information à l'attention des patients

Madame, Monsieur,

Ce message d'information est à destination des parents d'au moins un enfant ayant bénéficié en 2017 d'une consultation dans le cadre du programme MT dents.

Pour rappel le programme MT'dents est une invitation faite par la sécurité sociale et destinée aux enfants de 6 à 18 ans. Il s'agit d'une séance de prévention bucco-dentaire réalisé chez votre chirurgien-dentiste.

Votre chirurgien-dentiste collabore avec un chercheur de l'Université de Bordeaux. Pour les besoins de l'étude, les formulaires complétés lors de cette séance sont susceptibles d'être recueillis. Les individus ayant accès à ces documents sont soumis au secret professionnel et les examens MT dents seront anonymiser.

Les recherches menées sont conformes aux exigences de la CNIL.

Vous n'avez aucune démarche particulière à faire auprès de votre chirurgien-dentiste

Cordialement

Sanah Karaa

Etudiante en thèse d'Odontologie à la faculté de Bordeaux

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Titre : Etat bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde : analyse des données fournies par les bilans bucco-dentaires MT 'dents

Résumé :

La réduction de la prévalence carieuse chez les enfants de 6 et 12 ans était une des mesures phares du plan national de prévention bucco-dentaire annoncé en 2005. Pour ce faire des bilans bucco-dentaires bénéficiant d'une dispense d'avance de frais étaient mis en place dès 2007 dans le cadre du programme MT 'dents. Les études décrivant l'état bucco-dentaire des enfants en France sont rares et anciennes. Cette thèse a pour objectif de décrire la santé bucco-dentaire des enfants de douze ans participant au rendez-vous de prévention proposé dans le cadre du programme MT 'dents en Gironde durant l'année 2017. A cette fin, nous avons exploité les données recueillies sur le formulaire de prise en charge du bilan bucco-dentaire. Il apparaît que le CAOD moyen des enfants participant au dispositif s'élève à 0,25 [Intervalle de confiance (IC) à 95% : 0,13- 0, 36], valeur inférieure au CAOD moyen des enfants de douze ans scolarisés selon les dernières données départementales fournies par l'UFSBD. Les résultats de notre étude suggèrent que le dispositif MT 'dents n'atteint pas la population présentant les lésions carieuses les plus sévères. Une évolution de la communication du programme associée à des modifications du formulaire de prise en charge afin de mieux accompagner les praticiens sont donc à envisager.

Mots clés :

MT' dents, Bilan bucco-dentaire, CAOD, prévention, Gironde, épidémiologie, enfants

Title : Oral status of twelve-year-old children in Gironde: analysis of the data provided by the MT'dents oral assessment

Abstract :

The reduction in caries prevalence among children aged 6 and 12 years was one of the flagship measures of the national oral prevention plan announced in 2005. To do this, dental check-ups benefiting from a fee waiver were set up in 2007 as part of the MT' dents program. Studies describing the oral status of children in France are rare and old. This thesis aims to describe the oral health of twelve-year-old children participating in the prevention meeting proposed in the context of the MT' dents program during the year 2017 in Gironde. To this end, we used the data collected on the form for the oral assessment. It appears that the average DMFT of the children participating in the program is 0.25 [95% Confidence Interval (CI): 0.13-0.36], which is lower than the average DMFT of twelve-year-olds attending school according to the latest departmental data provided by the UFSBD. The results of our study suggest that the MT' dents device does not reach the population with the most severe carious lesions. An evolution of the communication of the program associated with modifications of the form to better support practitioners is therefore to be considered.

Keywords :

MT 'dents, oral assessment, DMFT, prevention, Gironde, epidemiology, child
