Lors d'une action en deux étapes, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a mesuré l'impact de la prévention sur la santé bucco-dentaire d'enfants de 7 et 8 ans de CE1 scolarisés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) d'Ile-de-France. L'action insistait particulièrement sur l'importance de l'hygiène et du recours aux soins. Les résultats observés sont encourageants puisque la proportion de bonne hygiène chez les enfants augmente de 11 %, passant de 67 % à 78 %, et que la proportion de lésions soignées s'accroît de 14 %, passant de 22 % à 36 %, entre les deux étapes.

Impact de la prévention bucco-dentaire *en milieu scolaire*

Jacques Wemaere, Anne Abbe Denizot, Jean-Pierre Mougel, Françoise Coton Monteil, Claire Monteil

Lors de cette action, le constat de la première étape montrait un état alarmant en matière de prise en charge des lésions carieuses.

Le délaissement des soins dentaires de la population…

Les soins dentaires sont les soins les plus délaissés lors de situations financières difficiles. Il s'agit des soins les plus touchés [1] puisque presque un Français sur dix y renonce. Ce constat se trouve accentué dans les zones les plus défavorisées, d'où le développement de l'action de l'UFSBD dans des secteurs géographiques identifiés comme socialement plus vulnérables comme les Zones d'Éducation Prioritaires (ZEP). La première explication au non-recours aux soins donnée reste le coût. Des inégalités dans la présence de caries et de recours au soin sont en effet observées selon le niveau socioculturel [2]. D'autres facteurs expliquent ce renoncement. La peur des soins est un facteur limitant de l'accès au cabinet dentaire. Le plus souvent, elle est en rapport avec une mauvaise expérience passée, vécue par le sujet ou rapportée par l'entourage, et est évoquée dans 20 % des motifs justifiant l'absence de suivi de soins [3]. Le faible accès à l'information, la culture, la barrière linguistique parfois ou les difficultés administratives peuvent aussi correspondre à des facteurs d'explication.

… se retrouve chez les enfants

Ce même constat se retrouve au niveau de la santé des enfants [4]. La santé bucco-dentaire des enfants tend à s'améliorer globalement, mais le recours aux soins reste insuffisant [4] et les classes défavorisées sont, là encore, les plus touchées. Par ailleurs, même lors d'un projet finançant totalement les soins dentaires (projet M'Tdents de l'Assurance Maladie entre autres), l'accès aux soins reste faible (30 %) [5]. Ces constats mettent en évidence la nécessité d'intervention à un niveau informatif afin d'amorcer ces soins.

Les soins dentaires sont les soins les plus touchés en cas de situation financière difficile.

Action préventive

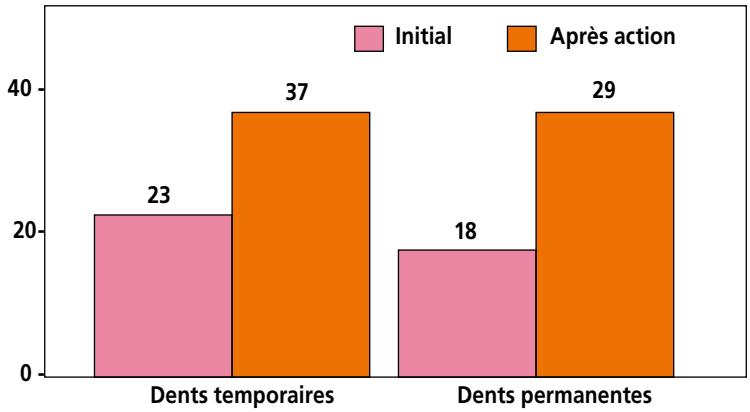
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise officiellement depuis 1995 de renforcer les activités de prévention et d'éducation à l'école, lieu clé où l'enfant est particulièrement réceptif aux informations qui lui sont transmises. Si l'efficacité des interventions [6] n'est pas toujours reconnue dans la communauté scientifique, les interventions permettent tout de même d'apporter aux enfants des connaissances sur la santé bucco-dentaire et éventuellement d'améliorer l'hygiène [7]. En revanche, la grande difficulté se situe au niveau du recours effectif au soin [8].

C'est dans ce contexte que l'étude prenait sa place, en ayant pour objectif de transmettre puis de renforcer les informations concernant l'hygiène et l'importance du brossage ainsi que d'inciter à un recours au soin préventif et curatif.

L'étude

L'intervention se situait au niveau d'enfants scolarisés en CE1 (année scolaire 2011-2012) dans les écoles de ZEP de trois communes d'Ile-de-France : Grigny, Melun et Viry-Châtillon. L'analyse se centrait sur les enfants de 7 et 8 ans ayant pu bénéficier du programme dans sa totalité, soit 711 enfants au total. Lors d'un premier passage [8], nous constations qu'un tiers des enfants présentaient une hygiène moyenne ou insuffisante et que 47 % des enfants avaient une ou plusieurs caries à traiter. Enfin, 35 % des enfants nécessitant des soins n'avaient jamais vu de chirurgien-dentiste.

Les objectifs face à ce constat étaient donc les suivants : améliorer l'hygiène bucco-dentaire de ces enfants et encourager le recours aux soins. Dans ce but, nous intervenions en deux fois. Lors de la première séance, le chirurgien-dentiste transmettait des informations et renforçait les connaissances acquises en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire. Il réalisait ensuite un examen bucco-dentaire individuel lors duquel il s'entretenait aussi avec l'enfant sur ses habitudes d'hygiène, lui remettait un kit de brossage et établissait une note d'information aux parents. Quatre mois plus tard, le même chirurgien-dentiste effectuait un second passage lors duquel il reprenait les informations essentielles concernant la santé bucco-dentaire et évaluait les acquis des enfants. Individuellement, il évaluait la réalisation des soins et l'apparition de nouvelles lésions et avait de nouveau un entretien avec l'enfant



1. Pourcentage de prise en charge des lésions carieuses actives entre les deux passages selon le type de denture.

concernant ses habitudes en matière d'hygiène. Il pouvait établir une lettre de relance aux parents dans le cas où les soins n'avaient pas été effectués.

Résultats

Nous analysons les évolutions constatées entre les deux passages du chirurgien-dentiste en matière d'hygiène et de recours aux soins curatifs et/ou préventifs.

L'hygiène

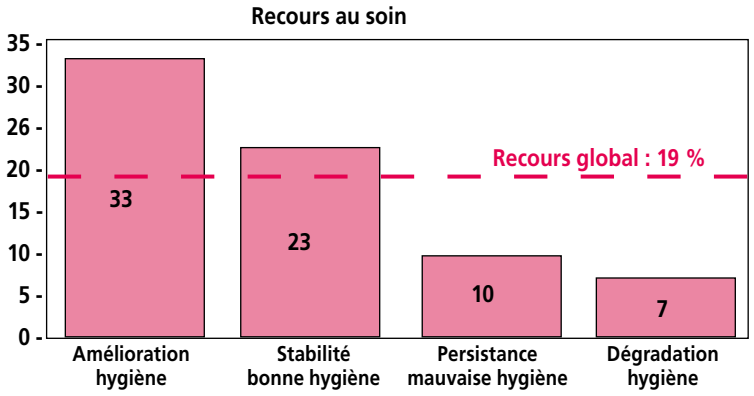
Nous constatons **une amélioration globale de la qualité de l'hygiène chez les enfants** puisque la proportion d'enfants présentant une mauvaise hygiène (de 3 %) et une hygiène moyenne (de 8 %) diminue au profit d'une augmentation des enfants présentant une bonne hygiène. Au final, **le pourcentage d'enfants présentant une bonne qualité d'hygiène constatée à l'examen passe de 67 % à 78 %.** Après action, seulement 17 enfants présentaient encore une hygiène de mauvaise qualité, soit 2 % des enfants.

L'atteinte carieuse et sa prise en charge

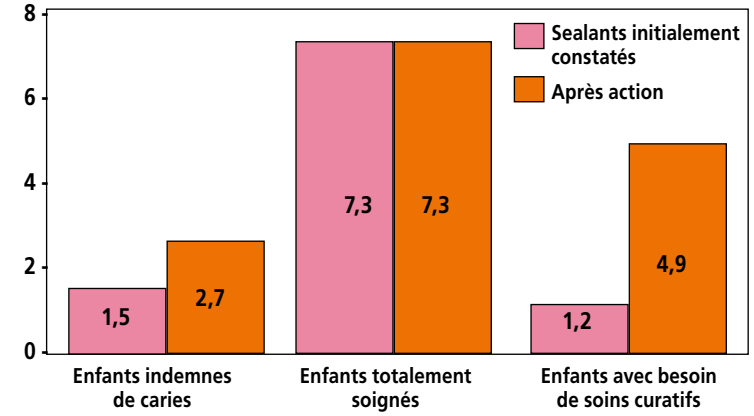
Chez les 376 enfants qui avaient été atteints par la maladie carieuse, 334 avaient besoin de soins. Parmi eux, **19 % (n = 64) ont eu recours aux soins entre les deux passages** (tableau 1). Initialement, 252 enfants n'étaient jamais allés chez le chirurgien-dentiste malgré une ou plusieurs caries à soigner. Ils ne sont plus que 208 au second passage. **L'incitation au soin a donc fonctionné pour 17 % d'entre eux.** 24 % des enfants ayant déjà antérieurement été

Tableau 1 - Évolution de la prise en charge des soins curatifs entre les deux passages

711 enfants ayant suivi les 2 niveaux de l'action CAO mixte moyen = 2,1					
335 enfants indemnes de caries (47 %) CAO mixte moyen = 0	376 enfants atteints par la maladie carieuse (53 %) CAO mixte moyen = 3,9				
	334 enfants avec besoin de soins (47 %) CAO mixte moyen = 4,1				42 enfants sans besoin de soins (6 %) CAO mixte moyen = 2,8
	252 enfants sans aucun soin (35 %) CAO mixte moyen = 3,6		82 enfants avec présence partielle de soins (12 %) CAO mixte moyen = 5,3		
	208 enfants sans recours au soin (29 %) CAO mixte moyen = 3,6	44 enfants avec soins en cours ou terminés (6 %) CAO mixte moyen = 3,9	20 enfants avec soins en cours ou terminés (3 %) CAO mixte moyen = 6,1	62 enfants n'ayant pas eu recours au soin (9 %) CAO mixte moyen = 5,1	



2. Recours global au soin en pourcentage et évolution de la qualité de l'hygiène entre les deux passages.



3. Réalisation de scellements de sillons (sealants) selon le besoin en soins curatifs.

soignés, mais présentant des caries actives, ont entrepris les soins nécessaires.

Initialement, la prise en charge des lésions carieuses chez l'ensemble des enfants atteints par la maladie ne concernait que 22 % des lésions. Après cette sensibilisation, le retour vers le soin a permis d'augmenter cette prise en charge à hauteur de 36 % des lésions (fig. 1).

Le postulat encore fréquemment avancé selon lequel le soin des dents lactéales n'est pas nécessaire du fait de leur remplacement imminent devrait impliquer une meilleure prise en charge des lésions sur dents définitives. Hors, l'analyse nous montre que la présence de lésions carieuses sur dents permanentes n'est pas significativement liée à un meilleur recours au soin que lorsque les lésions atteignent seulement des dents temporaires.

Relation entre hygiène et recours au soin

Les enfants présentant une bonne hygiène ou l'ayant améliorée entre les deux passages ont significativement présenté un recours au soin plus important que les enfants ayant conservé une mauvaise hygiène ou l'ayant laissé se dégrader entre les deux passages (khi2 = 22,12 ; $p < 10^{-3}$).

Le pourcentage de recours au soin le plus élevé (33 %) est relevé dans le groupe des enfants ayant amélioré leur qualité d'hygiène entre les deux passages, signe d'un lien entre ces deux facteurs (fig. 2).

Nous constatons donc que lorsque la réceptivité au message concernant l'hygiène est favorable, le recours au soin est plus important.

Actes préventifs

Au premier passage, 1,7 % des enfants avaient bénéficié d'actes préventifs par le biais de pose de sealants sur les premières molaires permanentes. Ces scellements de sillons sont particulièrement recommandés chez les enfants présentant un risque carieux individuel important (fig. 3).

Après action, ce pourcentage passe à 4 % des enfants, avec une augmentation non négligeable dans le groupe des enfants nécessitant des soins curatifs.

Synthèse

L'action de l'UFSBD avait deux objectifs principaux : améliorer la qualité de l'hygiène des enfants et encourager à un recours au soin pour ceux qui en avaient besoin.

Concernant l'hygiène, nous avons constaté une amélioration globale puisque le pourcentage d'enfants présentant une bonne qualité d'hygiène constatée à l'examen passe de 67 % à 78 %.

Concernant le recours aux soins, le bilan est positif, car l'action a permis à 17 % des enfants n'ayant jamais vu le chirurgien-dentiste et ayant besoin de soins curatifs d'établir un premier contact pour des soins. De même, 24 % des enfants ayant déjà antérieurement été soignés mais présentant des caries actives ont entrepris les soins nécessaires. Le retour

vers les soins a permis d'améliorer le volume de lésions actives prises en charge qui passe de 22 % à 36 % des lésions. En revanche, nous constatons que la présence de lésions carieuses sur dents permanentes n'est pas un facteur suffisant pour déclencher le recours au soin.

Concernant les actes préventifs, leur mise en œuvre passe de 1,7 % à 4 % des enfants, avec une augmentation non négligeable dans le groupe des enfants nécessitant des soins curatifs.

Enfin, nous constatons que lorsque la réceptivité au message concernant l'hygiène est favorable, le recours au soin est plus important.

Si les résultats mettent en évidence l'impact positif de l'intervention, d'autres améliorations restent possibles.

Discussion

Même si un impact positif de l'intervention est constaté à tous les niveaux, de nombreuses améliorations sont encore possibles et nécessaires. Le premier axe est la sensibilisation de l'entourage puisqu'il reste tout de même un certain nombre d'enfants pour lesquels l'environnement familial n'est pas réactif face aux messages, même personnalisés, diffusés lors de nos interventions. Des études révélant une efficacité réelle des actions de prévention sur la baisse du taux de caries mettent en avant la nécessité d'une collaboration étroite avec les parents [9], et ce dès le plus jeune âge de l'enfant. L'implication des parents par une information sous diverses formes (pas simplement l'alerte en cas de soins non effectués) et la réplication des interventions sur le long terme semblent favoriser l'adhésion au programme de prévention et, par ce biais, augmenter sa réussite. L'enquête « objectif zéro carie » [10] menée entre 2004 et 2010 a montré que la répétition annuelle des messages de prévention permettait d'infléchir la courbe du nombre d'enfants atteints par la carie, la courbe du nombre de nouvelles lésions carieuses, et ce, *via* une inflexion des comportements alimentaires à risque dans le cercle familial. Il convient donc de reproduire et de pérenniser ces actions de prévention dans le milieu scolaire et de les compléter par des actions d'accompagnement au sein du cercle familial. Enfin, l'importance du renoncement au soin constaté chez les enfants nécessitant une prise en charge nous incite à penser que les relevés épidémiologiques du CAO au sein d'un milieu de vie comme l'école sont les seuls à être réellement représentatifs de l'état de santé de la population, les relevés effectués au cabinet dentaire ou à partir des données des bases de remboursement ou des examens bucco-dentaires ne pouvant rendre compte de l'état de santé d'enfants pour lesquels aucun recours au soin n'a été déclenché malgré un indice CAO particulièrement élevé.

bibliographie

1. Le Renoncement aux soins, actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf
2. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Études et résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, n° 847, 2013.
3. Enquête IFOP 2013 : www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2415
4. Azogui-Lévy, S, Rochereau, T. Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. La santé de l'homme 2012, 417 : 5-6.
5. Azogui-Lévy, S, Lombrail, P, Riordan, PJ, Brodin, M, Baillon-Javon, E, Pirlet, MC and Boy-Lefèvre, ML. Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2003, 31: 285-291.
6. Rozier RG. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. Journal of Dental Education 2001 ; 65 : 1063-1072.
7. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P, Dugdill L, Pine C. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
8. Wemaere, J, Abbe Denizot, A, Mougel, JP, Coton Monteil, F, Monteil, C. Santé dentaire des enfants de 7 et 8 ans scolarisés en ZEP d'Ile-de-France : de l'importance d'une prise en charge précoce. Info Dent 2014 ; 3/4 : 30-33.
9. Feldens, CA, Giugliani, ERJ, Duncan, BB, Drachler, MDL, Vítolo, MR. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2010 ; 38: 324-332.
10. Harmonie Mutuelle, Objectif zéro carie, Etude de l'impact de l'incitation annuelle au dépistage sur la maladie carieuse et ses facteurs de risque, menée entre 2004 et 2009 auprès d'enfants entre 2 et 5 ans. Prevadies, 2010.
11. Haute Autorité de Santé (2010). Stratégies de prévention de la carie dentaire. Paris : HAS.
12. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (2006). Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans. Paris: UFSBD.