

Santé dentaire des enfants de sept et huit ans scolarisés en ZEP d'Ile-de-France : de l'importance d'une prise en charge précoce

J. Wemaere, chirurgien-dentiste, Gironde, A. Abbe-Denizot, chirurgien-dentiste, Haute-Savoie, J.P. Mougel, chirurgien-dentiste, Yvelines, F. Coton-Monteil, pédodontiste, Côtes-d'Armor, C. Monteil, neuropsychologue, Côtes-d'Armor

Lors de l'année scolaire 2011-2012, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) a mené une action de prévention primaire (éducation collective et individuelle) ayant pour cible les enfants de CE1 scolarisés dans les écoles de zone d'éducation prioritaire (ZEP) de trois communes d'Ile-de-France. Cette action met en lumière les insuffisances en matière de prise en charge des soins précoces chez l'enfant et leurs conséquences, puisque 53 % des enfants sont atteints par la maladie carieuse et que 78 % des lésions ne sont pas traitées.

Selon le rapport de la Haute Autorité de santé en 2010, divers facteurs influencent l'apparition de la maladie carieuse, principalement l'hygiène bucco-dentaire et le comportement alimentaire [1]. En effet, la qualité, la fréquence du brossage et la nutrition importent dès le plus jeune âge [2]. Le grignotage répété et l'absence de surveillance lors des petits-déjeuners et goûters sont notamment des facteurs associés à l'apparition de la maladie carieuse [3].

Afin d'évaluer la santé dentaire sont utilisés la proportion d'enfants indemnes de caries ainsi que divers indicateurs de l'atteinte carieuse sur dentures définitive (CAOD), temporaire (cot) et mixte (CAO mixte) (tableau).

L'enfant à sept-huit ans, par sa denture mixte notamment, est particulièrement vulnérable à l'atteinte carieuse.

Une étude de la Mutualité sociale agricole (MSA) publiée en 2009 sur les enfants de sept ans indiquait une présence carieuse chez 31 % d'entre eux [4].

Les études concernant l'épidémiologie de la carie dentaire en France chez les six ans relevaient un CAO mixte moyen allant de 1,4 dans l'enquête de l'UFSBD en 2006 à 3,2 dans l'étude effectuée par

les centres d'examen et de santé (CES) en France métropolitaine et en Guadeloupe entre 1999 et 2004 [5]. L'étude de Roland (2006) identifiait dans cette tranche d'âge un besoin en soins dentaires plus important, puisque les enfants de six ans présentant des caries avaient 3,2 dents à soigner en moyenne contre 2,5 chez les enfants de neuf à douze ans [6].

Le besoin de prise en charge était important, puisque environ un quart des enfants (24 % dans l'étude de la MSA [4], 25,3 % pour celle des CES [5]) étaient identifiés comme nécessitant des soins dentaires. Ces recherches soulignaient les inégalités des enfants face aux besoins en soins dentaires :

- territoriales tout d'abord, comme le confirmaient les études effectuées par la MSA et les CES relevant un taux d'atteinte plus important dans le nord de la France et dans les départements d'outre-mer [4, 7] ;

- sociales, économiques et culturelles aussi : une prévalence plus forte était relevée en ZEP, chez les enfants en situation précaire ou nés à l'étranger. Ainsi, une étude effectuée à Nice en 2006 [8] constatait la présence de caries chez 68 % des enfants de six ans scolarisés

en ZEP, alors que ce taux était de 33 % dans les autres écoles. Plus récemment, l'enquête UFSBD (2006) observait en France métropolitaine la présence de caries chez 48 % des enfants en ZEP, alors que le taux était de 31 % en dehors de ces zones.

L'ACTION DE L'UFSBD

Face à ces constats, l'UFSBD décidait de mettre en place une action afin d'établir un état des lieux de la santé bucco-dentaire des enfants de sept et huit ans, âges clés dans le développement dentaire, scolarisés en ZEP d'Ile-de-France, lieux où la nécessité en soins semblait être relevée comme plus importante.

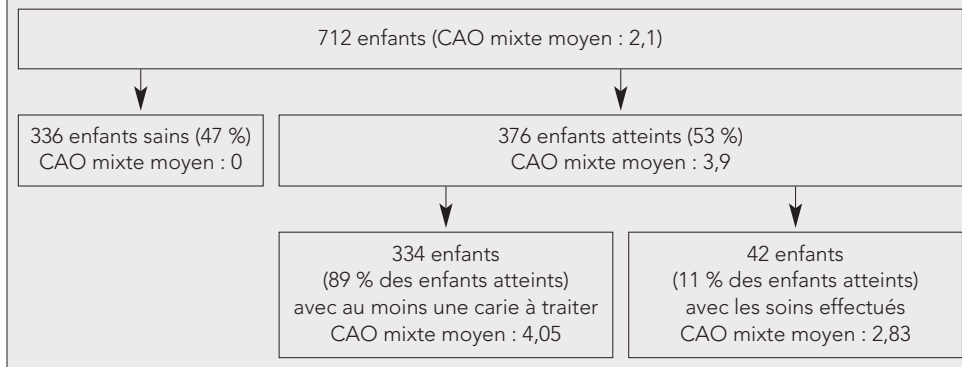
Indicateurs de la santé bucco-dentaire

CAOD : C+A+O en denture définitive
 C : nombre de dents définitives cariées
 A : nombre de dents définitives absentes
 O : nombre de dents définitives obturées

cot : c+o en denture temporaire
 c : nombre de dents temporaires cariées
 o : nombre de dents temporaires obturées

CAO mixte : CAOD + cot

Figure 1
Etat de la santé bucco-dentaire chez les enfants de l'étude



OBJECTIFS ET MÉTHODES

L'intervention de l'équipe de chirurgiens-dentistes de l'UFSBD avait trois objectifs : la mise en place ou le renforcement de la prévention bucco-dentaire, le dépistage de lésions carieuses chez des sujets présentant un besoin important de soins et l'incitation à la réalisation des soins nécessaires.

L'intervention a eu lieu en deux temps :
 une séance collective axée sur la nécessité de consultations régulières, l'hygiène et l'importance du brossage. Elle évoquait aussi l'alimentation, le fluor et les soins prophylactiques ;
 ensuite, de manière individuelle, la réalisation d'un examen bucco-dentaire et un entretien avec l'enfant sur ses habitudes d'hygiène, ainsi que l'établissement d'une note confidentielle aux parents informant de l'état de santé bucco-dentaire de leur enfant et des soins curatifs ou préventifs nécessaires.

RÉSULTATS

L'analyse porte sur les enfants scolarisés en CE1 dans des écoles de ZEP de trois communes d'Ile-de-France : Grigny, Melun et Viry-Châtillon. Ont été analysés les résultats concernant les enfants de sept et huit ans, soit 712 enfants au total (309 garçons et 291 filles).

Etat des lieux général

L'atteinte carieuse. Lors de cette visite, il est observé que 376 enfants (53 %) présentent une ou des dents atteintes (fi-

gure 1). 50,3 % présentent une ou des dents temporaires atteintes, 16,2 % une ou des dents définitives atteintes.

Nous intéressant de plus près au type d'atteinte, nous observons que l'atteinte est de 1,8 dent en moyenne en denture temporaire et de 0,26 dent en denture permanente (figure 2). Le CAO mixte moyen est de 2,1, et 13 % des enfants présentent un CAO mixte supérieur à 5. Le besoin de soins concerne 47 % des enfants.

L'hygiène dentaire. L'analyse de l'hygiène dentaire chez les enfants de sept et huit ans est évaluée par les chirurgiens-dentistes comme insuffisante ou moyenne pour un tiers des enfants (32,9 %) (figure 3), en prenant en compte le fait que, dans certains des cas, les enfants étaient prévenus du passage des chirurgiens-dentistes et pouvaient présenter une meilleure hygiène que de coutume.

Orthodontie et prophylaxie. Les besoins en traitement orthodontique concernent 47,4 % des enfants. La présence d'une protection des sillons est constatée pour 1,7 % des enfants. Les professionnels conseillent la mise en place de sealants pour près d'un enfant sur deux (47,5 %).

Chez les enfants présentant des dents atteintes (CAO > 0)

L'atteinte concerne en moyenne 3,91 dents (temporaires et définitives confondues). 11 % seulement de ces enfants ont bénéficié de tous les soins nécessaires, 22 % ont bénéficié partiellement des

Figure 2
Nombre moyen de dents atteintes en dentures temporaire et définitive

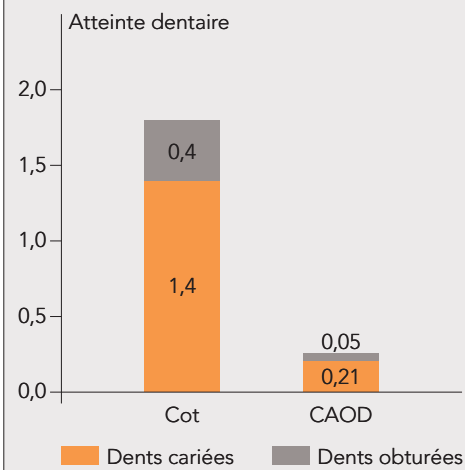
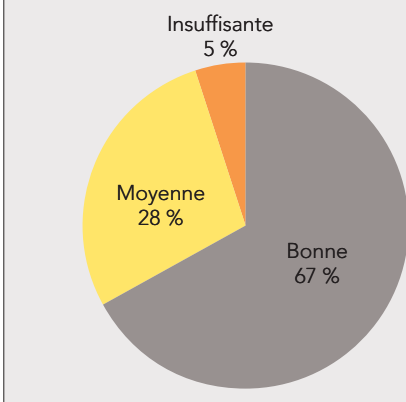


Figure 3
Evaluation de la qualité de l'hygiène



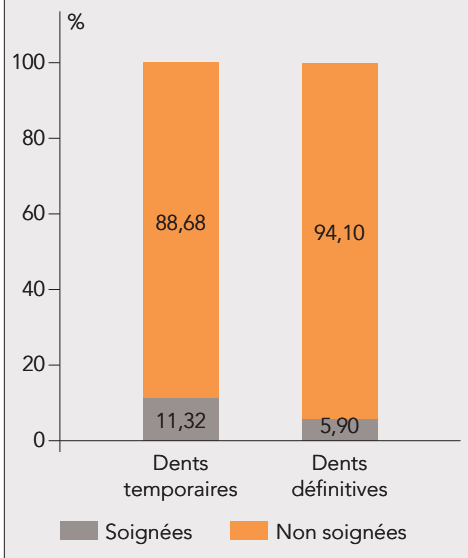
soins nécessaires et 67 % ne présentent aucun soin (figure 1). En moyenne, 78 % des lésions carieuses ne sont pas traitées. 89 % des enfants atteints nécessitent des soins et 15,6 % présentent une ou plusieurs dents de six ans obturées ou cariées.

Chez ces 89 % d'enfants nécessitant des soins (figure 1), 89 % des lésions ne sont pas traitées chez les enfants présentant des caries actives en denture temporaire, et 94 % dans le cas de caries actives en denture définitive (figure 4).

Analyse comportementale

Influence de l'âge. L'atteinte globale (CAO mixte) est significativement supérieure

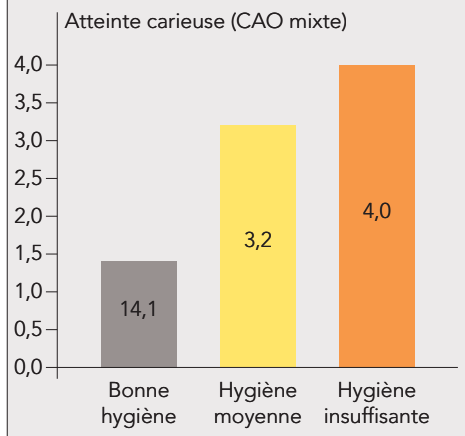
Figure 4
Part des lésions soignées chez les patients présentant des caries actives



dans le groupe des enfants de huit ans (en moyenne 2,53 dents touchées) que dans le groupe des enfants de sept ans (en moyenne 1,95 dent touchée).

Influence de l'hygiène. L'atteinte carieuse globale (CAO mixte) est significativement liée à la qualité de l'hygiène (figure 5). Une hygiène initiale mauvaise ou insuffisante augmente de 2,16 le risque de présenter une carie en denture temporaire et augmente de 1,96 le risque de présenter une carie en denture permanente. L'amélioration de l'hygiène, et donc la suppression de ce risque dans l'ensemble de notre population, éviterait 36,85 % des lésions en denture

Figure 5
Atteinte carieuse selon la qualité de l'hygiène



temporaire et 13,46 % des lésions en denture définitive.

Influence de la présence de caries en denture temporaire sur la présence de caries en denture définitive. La présence de caries en denture temporaire augmente de 5,33 le risque de présenter une carie en denture permanente. La suppression des caries en denture temporaire éviterait 53,7 % des lésions en denture permanente sur l'ensemble de notre population.

CONCLUSIONS

Ces résultats confortent la notion de prévalence augmentée dans les milieux scolaires classés en ZEP. 53 % des enfants présentent au moins une dent atteinte (CAO > 0), quand les études de rang

national rapportaient des taux de l'ordre de 31 % [4, 9], et 47 % des enfants de notre étude présentent au moins une carie à traiter. Chez les enfants touchés par la carie dentaire, 3,91 dents sont atteintes en moyenne, résultat proche des 3,2 relevés en moyenne dans les enquêtes nationales [5, 9], mais 13 % des enfants ont plus de 5 dents touchées et 78 % des dents atteintes ne sont pas soignées.

Un recours limité aux soins est observé. Seulement 11 % des enfants atteints par une ou plusieurs caries présentent l'ensemble des soins effectués et 67 % des enfants touchés ne présentent aucun soin. La grande majorité des lésions restent actives, notamment en denture temporaire (89 %). Or la présence de carie en denture temporaire augmente de 5,5 le risque de carie en denture définitive. De plus, contrairement aux recommandations de la HAS établies en 2005 et 2010 [1, 10] concernant la pose de scellements prophylactiques, les actes préventifs sont insuffisamment mis en œuvre compte tenu du risque carieux objectif : 1,7 % de sealants réalisés pour 47,5 % d'enfants les nécessitant.

Cet état des lieux met en évidence l'importance de la précocité de la prévention et de la prise en charge en matière de santé dentaire chez l'enfant. Le rôle que le pédiatre peut jouer dans la prévention est important ; il concerne l'hygiène dentaire et l'orientation vers le chirurgien-dentiste pour la mise en œuvre des soins prophylactiques, permettant ainsi de retarder l'atteinte par la première carie. □

Références

- [1] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations*, mars 2010.
- [2] GALMICHE F. : *Le rôle de l'alimentation dans la santé bucco-dentaire*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, Université de Nancy, 2011.
- [3] FOLLIGUET M., BÉNÉTIÈRE P. : « Prévention bucco-dentaire et alimentation chez l'enfant », *Bull. Acad. Natl Chir. Dent.*, 2006, 51 : 79-87.
- [4] MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE : *Bilan buccodentaire des*

- enfants de 7 ans. *Rapport d'évaluation*, CCMSA, 2009.
- [5] GUIGNON N. : « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Etudes et Résultats*, 2008 ; 632 : 1-6.
- [6] ROLAND E., DUPRÉ C., GUÉGEN R. : « Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6, 9 et 12 ans », *Infor. Dent.*, 2009 ; 88 : 2011-6.
- [7] GUIGNON N., NIEL X. : « Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans », *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 2003 ; 39 : 181-4.
- [8] MULLER-BOLLA M., ZAKARIAN B., LUPI-PEGURIER L., VELLY

- A.M. : « Etat de santé bucco-dentaire et risque de carie individuel en fonction de la zone de scolarisation à éducation prioritaire ou non : enquête épidémiologique en 2004-2005 dans la ville de Nice », *Rev. Odontostomatol.*, 2006 ; 35 : 219-38.
- [9] UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : *Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans*, UFSBD, 2006.
- [10] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *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. Recommandations*, novembre 2005.