

SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNEE 2018

THESE

N°

PRESENTEE POUR LE DIPLOME

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Annabelle SONG

Née le 22 novembre 1987 à Tremblay-en-France

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

**ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DE LA PRÉVENTION
BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, EN SEINE-SAINT-DENIS**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr CHAVANNES Barbara

PRÉSIDENT DE THÈSE : Pr CORNET Philippe

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Philippe CORNET, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Au Docteur Gilles LAZIMI, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, de m'avoir enseigné qu'il ne fallait pas hésiter à poser des questions si on recherchait des réponses et de m'avoir suivi durant mon parcours en tant que tuteur.

Au Docteur Barbara CHAVANNES, ma directrice de thèse, je vous remercie infiniment d'avoir eu la patience de me suivre pour cette direction de thèse et d'avoir été présente durant toute cette période.

À tous les médecins que j'ai pu interroger pour ce travail ainsi que tous ceux qui ont pu me suivre durant mon parcours dans ces études médicales.

À ma famille, pour m'avoir soutenue dans la vie quotidienne et durant mes études.

À mes plus vieux amis, qui m'ont suivi depuis les bancs du collège et du lycée : Paméla, Mayjia, Céline, Yankel, Paul, Yashoda, Toger, Aurélie, Jennifer, Kimsy, Cindy, Ornella et tant d'autres.

À ma petite bande de la fac avec qui je n'aurais jamais réussi ces études si vous n'étiez pas là pour me soutenir : A Charlotte B., Charlotte, Tiffanie, Guillaume, Yoann et Pierre-Alexandre.

À Ornella et Sarrah.

À mes amis de Gonesse : Marianne, Khaled, David.

À Jack « Alexandre », de m'avoir soutenu durant ces mois difficiles et de ta précieuse relecture dans ce travail, merci pour tout.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/ Réanimation	SAINT ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/ Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE

48	BROCHERIOU		Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49	BRUCKERT		Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50	CACOUB		Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51	CADRANEL		Jacques	Pneumologie	TENON
52	CALMUS		Yvon	Bio Cellulaire/ Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
53	CALVEZ	<i>Surnombre</i>	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON		Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ		Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE		Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER		Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	CARRAT		Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
59	CARRIE		Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA		Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES		Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET		Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ		Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER		Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE	<i>Surnombre</i>	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOULLERES		Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN		Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	<i>Surnombre</i>	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS		Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE		Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	CLEMENT		Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH		Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL		Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN		Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	COHEN		David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN		Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET		Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	COMBES		Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT		Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO		Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT		Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU		Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL		Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	<i>Surnombre</i>	Jean- Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES		Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	COULOMB		Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT		Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI		Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG	<i>Surnombre</i>	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI		Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE		Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU		François	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
93	DEMOULE		Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY		Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMERGUES		Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	DORMONT		Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	DOUAY		Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN		Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
99	DRAY		Xavier	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
100	DUBOIS		Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE

101 DUCOU LE POINTE		Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102 DUGUET		Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103 DUPONT DUFRESNE		Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104 DURR		Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105 DUSSAULE		Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
106 DUYCKAERTS		Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107 EL ALAMY		Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108 EYMARD		Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109 FAIN		Olivier	Médecine interne	SAINT ANTOINE
110 FARTOUKH		Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
111 FAUTREL		Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
112 FERON		Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
113 FERRE		Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
114 FEVE		Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
115 FITOUSSI		Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116 FLEJOU		Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
117 FLORENT		Christian	Hépto Gastro-Entérologie	SAINT ANTOINE
118 FOIX L'HELIAS		Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119 FONTAINE		Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
120 FOSSATI		Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
121 FOURET		Pierre	Anatomie/ Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
122 FOURNIER	<i>Surnombre</i>	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
123 FRANCES		Camille	Dermatologie	TENON
124 FUNCK- BRENTANO		Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
125 GALANAUD		Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126 GARBARG CHENON		Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127 GIRARD		Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
128 GIRERD		Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129 GLIGOROV		Joseph	Oncologie	TENON
130 GOROCHOV		Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
131 GOSSEC		Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
132 GOUDOT		Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
133 GRATEAU	<i>Surnombre</i>	Gilles	Médecine interne	TENON
134 GRENIER		Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135 GRIMPREL		Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136 GUIDET		Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
137 HARTEMANN		Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138 HAROCHE		Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139 HATEM		Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
140 HAUSFATER		Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141 HAYMANN		Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142 HELFT		Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
143 HENNEQUIN		Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
144 HERSON	<i>Surnombre</i>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145 HERTIG		Alexandre	Néphrologie	TENON
146 HOANG XUAN		Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147 HOURY		Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148 HOUSSET		Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
149 HULOT		Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE

150 ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
151 ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
152 JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
153 JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
154 JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
155 JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156 KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
157 KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
158 KAS	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
159 KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
160 KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161 KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162 KOMAJDA <i>Surnombre</i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163 KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164 LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
165 LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166 LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167 LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168 LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169 LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
170 LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171 LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172 LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173 LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174 LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175 LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
176 LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177 LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178 LEFEVRE	Jérémie	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179 LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180 LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181 LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182 LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183 LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184 LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185 LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186 LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187 LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
188 LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189 LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190 LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191 LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192 MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193 MARCELIN <i>Surnombre</i>	Anne	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194 MARIANI	Geneviève		
195 MARTEAU	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
196 MASQUELET	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
	Alain	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
	Charles		

197 MAURY	<i>Surnombre</i>	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198 MAZERON		Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199 MAZIER	<u><i>Surnombre</i></u>	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200 MENEGAUX		Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201 MENU		Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202 MEYOHAS		Marie	Maladies	SAINT ANTOINE
		Caroline	infectieuses/tropicales	
203 MILLET		Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204 MITANCHEZ		Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205 MOHTY		Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206 MONTALESCOT		Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207 MONTRAVERS		Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208 MOZER		Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209 NACCACHE		Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210 NAVARRO		Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211 NETCHINE		Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212 NGUYEN KHAC		Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213 NGUYEN QUOC		Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214 NIZARD		Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215 OPPERT		Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216 PAQUES		Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217 PARC		Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218 PASCAL-MOUSSELLARD		Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219 PATERON		Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220 PAUTAS		Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221 PAYE		François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222 PERETTI		Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223 PERIE		Sophie	ORL	TENON
224 PETIT		Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225 PIALOUX		Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226 PLAISIER		Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227 POIROT		Catherine	Cytologie et Histologie	
228 POITOU-BERNERT		Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
229 POYNARD	<i>Surnombre</i>	Thierry	Hépatogastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230 PRADAT		Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231 PUYBASSET		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232 RATIU		Vlad	Hépatogastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
233 RAUX		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234 RAY		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235 REDHEUIL		Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236 RIOU		Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237 ROBAIN		Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238 ROBERT		Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
239 RODRIGUEZ		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240 RONCO		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241 RONDEAU		Eric	Néphrologie	TENON
242 ROSMORDUC		Olivier	Hépatogastro Entérologie	SAINT ANTOINE
243 ROUGER		Philippe	Hématologie	INTS

244 ROUPRET		Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245 ROZE		Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246 SAHEL		José-Alain	Ophtalmologie	CHNO 15/20
247 SAMSON		Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248 SANSON		Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249 SARI ALI		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250 SAUTET		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251 SCATTON		Olivier	Chirurgie Hépato biliaire	PITIE SALPETRIERE
252 SEILHEAN		Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
253 SEKSIK		Philippe	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
254 SELLAM		Jérémie	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
255 SEZEUR		Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256 SIFFROI		Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257 SIMILOWSKI		Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258 SIMON		Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259 SOKOL		Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260 SOUBRIER		Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261 SPANO		Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262 STANKOFF		Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263 STEICHEN		Olivier	Urgences médioco chirurgicales	TENON
264 STERKERS		Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265 STRAUS		Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266 SVRCEK		Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
267 TALBOT		Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268 TANKERE		Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269 THABUT	<i>Surnombre</i>	Dominique	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
270 THOMAS		Guy	Gastro Entérologie Médecine légale/ Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
271 THOMASSIN-NAGGARA		Isabelle	Radiologie	TENON
272 THOUMIE	<i>Surnombre</i>	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273 TIRET	<hr/>	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
274 TOUBOUL		Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275 TOUNIAN		Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276 TOURAINE		Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277 TRAXER		Olivier	Urologie	TENON
278 TRESALLET		Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279 TRUGNAN		Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
280 TUBACH		Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281 ULINSKI		Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282 UZAN		Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283 VAILLANT		Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284 VERNY		Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285 VIALLE		Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286 VIDAILHET		Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287 VIGOUROUX		Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
288 WALTI		Hervé	Pédiatrie / Néo natalité	TROUSSEAU
289 WENDUM		Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
290 WISLEZ		Marie	Pneumologie	TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER

Anne Marie

CORNET (surnombre)

Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ALLENBACH	<u>Stagiaire</u>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL		Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY		Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN		Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN		Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET		Jean-Baptiste	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY	<u>Stagiaire</u>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU		Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT		Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ		Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL		Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON		Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN		Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE	<u>Stagiaire</u>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA		Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR		Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX		Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN		Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA	<u>Stagiaire</u>	Nacim	Ophtalmologie	15/20
20	BOULE		Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON		Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU		David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE		Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT	<u>Stagiaire</u>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB		David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL		Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE	<u>Stagiaire</u>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA		Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO		Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY		Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE		Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON		Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT		Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI -MOLLO		Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE		Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COULET		Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT		Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER		Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DECRE		Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
40	DEGOS		Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41	DUPONT	<u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT	<u>Stagiaire</u>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA		Marie-Hélène	Ophtalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER		Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET		Anne	Histologie Embryologie	TENON
46	FEKKAR		Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47	FERRERI		Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
48	FREUND		Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49	GANDJBAKHCH	<u>Stagiaire</u>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE

50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE

103	ROSENHEIM		Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG		Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO		Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU		Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN		David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT	<u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER		Aurélié	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU		Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS		Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN		Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA		Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF		Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN		Patrick	Virologie	TENON
116	TANKOVIC		Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL		Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER		Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE		Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU		Valérie	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET		Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER		Camille	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET		Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS		Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT		Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER	<u>Stagiaire</u>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV	<u>Stagiaire</u>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

ABRÉVIATIONS :

AAPD : American Academy Pediatric of Dentistry

ALD : Affection Longue Durée

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régional de Santé

CMS : Centre Municipal de Santé

CMUc : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ERISS : Enseignement et Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé

MR : Méthodologie de Référence

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCI : Risque Carieux Individuel

SFOP : Société Française d'Odontologie Pédiatrique

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Table des matières

REMERCIEMENTS :.....	3
ABRÉVIATIONS :.....	15
Table des matières.....	16
I. INTRODUCTION	18
A. État des lieux :.....	18
B. La carie dentaire :.....	19
C. La Carie de la Petite Enfance (CPE) / Early Childhood Carie (ECC) :.....	21
D. Actions de prévention actuelles :.....	23
a. Brossage de dent :.....	23
b. Fluor :.....	24
c. Habitudes alimentaires :.....	28
d. Carnet de santé :.....	29
e. Visite régulière chez le chirurgien-dentiste et scellement des sillons :.....	30
f. Programme M'T dents :.....	30
E. La Seine-Saint-Denis : état des lieux :.....	31
F. Objectif de l'étude :.....	33
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	35
A. Méthode choisie :.....	35
B. Population de l'étude :.....	35
C. Guide d'entretien et recueil d'information :.....	36
D. Modalité d'analyse des données :.....	36
E. Éthique :.....	37
III. RÉSULTATS	38
A. Déroulement des entretiens :.....	38
B. Données caractéristiques de la population étudiée (Annexe 5) :.....	38
C. Place du médecin généraliste :.....	39
a. Importance de la prévention :.....	39
b. Connaissance sur la prévention bucco-dentaire :.....	41
c. Expérience du médecin :.....	43
d. Actions réalisées :.....	45
D. Les freins et difficultés :.....	45
a. Freins liés aux patients :.....	45
1. Socio-économiques :.....	45

2. Socio-culturels :.....	46
3. Particularité du handicap :.....	47
b. Freins liés aux médecins :.....	47
c. Freins structurels et démographiques :.....	48
E. Axe d'amélioration :.....	49
a. L'information médicale :.....	49
b. La démographie, l'offre et l'accès aux soins :.....	49
c. L'éducation à la santé :.....	50
IV. DISCUSSIONS	51
A. Limites de l'étude :.....	51
B. Forces de l'étude :.....	51
C. Discussion autour des résultats :.....	52
a. La place du médecin généraliste :.....	52
b. L'importance de la prévention bucco-dentaire :.....	53
c. Les difficultés et les freins :.....	56
d. Axes d'amélioration proposés par les médecins :.....	60
D. Perspectives :.....	63
V. CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE.....	66
ANNEXES :.....	70
Annexe 1 : Recommandation HAS : Évaluation du risque carieux :.....	70
Annexe 2 : Recommandations ANSM : utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant :.....	71
Annexe 3 : Carnet de santé :.....	72
Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé :.....	73
Annexe 5 : Caractéristiques de la population étudiée :.....	76
Annexe 6 : Entretien 11 :.....	77
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	82
RÉSUMÉ :.....	84

I. INTRODUCTION

A. État des lieux :

Le lien entre la qualité de vie et la santé bucco-dentaire n'est pas connu de tous et pourtant cette dernière est un élément essentiel d'un bon état de santé général, de qualité de vie et des relations sociales et professionnelles (1). Elle ne devrait pas être négligée, surtout en pédiatrie, car nous savons que cette période est cruciale à la croissance et à la santé future.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la carie dentaire est le troisième fléau mondial en terme de morbidité. 60 à 90 % des enfants scolarisés dans le monde et 100 % des adultes possèdent une carie (2). Cela a par ailleurs un coût car les dépenses en soins dentaires représentent le quatrième poste de dépense de santé en soins ambulatoires en France (3).

Malgré une grande amélioration des risques carieux ces trente dernières années, la pathologie reste toujours présente. Il existe encore 30 % des enfants de 6 ans et 22 % des enfants de 12 ans qui ont au moins une dent permanente cariée non soignée (4).

Chez les plus jeunes, certaines études montrent que 11 % des enfants de 2 à 4 ans en France seraient atteints de Carie Précoce de l'Enfant (CPE) et que 20 à 30 % des enfants concentrent 80 % des lésions carieuses (5,6). Les inégalités sociales de santé n'épargnent pas non plus les plus jeunes car on constate qu'en maternelle, 4 % des enfants de cadres ont une carie soignée contre 23 % chez les enfants d'ouvriers (7) et le renoncement aux soins dentaires des jeunes est deux fois plus important dans les classes sociales défavorisées (4,8).

La pathologie est donc toujours présente et sa prévention primaire reste un enjeu de santé publique.

B. La carie dentaire :

La carie dentaire est définie par l'OMS comme étant « un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation d'une cavité ».

La carie dentaire est une maladie chronique multifactorielle qui apparaît après un déséquilibre de la balance microbiologique du biofilm dentaire.

Les facteurs de risque d'apparition de carie sont (9,10) :

- La présence de bactéries, principalement le *Streptococcus Mutans* et le *Lactobacillus*
- L'alimentation, surtout sucrée, et le grignotage
- L'hôte, l'hérédité (la dent, la composition et le flux salivaire, le temps de la formation de la carie, état bucco-dentaire des parents et de la fratrie, niveau socio-économique, médicaments au long cours)
- Le temps d'exposition à ces facteurs de risques et un recours aux soins tardifs
- Le non-respect des règles d'hygiène bucco-dentaire.

La colonisation par la bactérie peut survenir lors de la naissance mais elle peut également être transmise de manière verticale par les parents par contact salivaire. La multiplication de cette bactérie va former une plaque dentaire, véritable biofilm bactérien, en métabolisant les sucres fermentables (sucre, glucose, fructose, aliments riches en amidon) provenant de l'alimentation, ce qui formera de l'acide qui par le temps déminéralisera l'émail dentaire et aboutira à la formation de cavité dentaire ainsi qu'à la destruction de la dent (11).

L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O), d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées.

Cet indice a beaucoup diminué durant les trente dernières années chez les enfants entre 6 et 12 ans mais persiste malheureusement. D'après une enquête réalisée par l'UFSBD en 2006, 20 % des enfants de 6 à 12 ans cumulaient 72-80 % des pathologies dentaires (12). Donc l'enjeu est de taille pour les enfants car un mauvais état bucco-dentaire peut entraîner des problèmes pour son développement futur tels que des troubles de la mastication, de l'apprentissage de la parole et de la phonétique, des problèmes esthétiques avec risque de perturbation sociale et psychologique, des pathologies qui peuvent être graves comme des infections et des douleurs sur les dents temporaires comme définitives, ainsi que des répercussions sur la croissance maxillo-faciale avec des troubles de l'éruption dentaire définitive (5,11).

Pour permettre une prise en charge adéquate de la carie dentaire chez les enfants, une évaluation du **risque carieux individuel** (RCI) est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (13) (Annexe 1) :

Sont classés en « RCI élevé » les patients présentant au moins un des facteurs de risque individuels suivants :

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbon)
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons¹ anfractueux² au niveau des molaires
- Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation
- Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail)

1. sillons : ensemble des zones de congruence de la surface amélaire

2. anfractueux : sillons profonds et étroits à l'examen clinique simple

Sont classés en « RCI faible » les patients ne présentant aucun de ces facteurs de risque individuels.

Cette évaluation peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire (14).

Les plus jeunes enfants sont tout autant concernés car les caries précoces sur les dents de lait constituent un facteur de risque (risque multiplié par 2 au minimum) de la progression des caries en denture permanente (8).

C. La Carie de la Petite Enfance (CPE) / Early Childhood Carie (ECC) :

La carie précoce de l'enfant est une maladie multifactorielle qui est définie par la présence d'une lésion carieuse (avec ou sans cavitations), d'une perte dentaire liée à la carie ou le comblement d'une dent temporaire avant l'âge de 6 ans.

La CPE est considérée comme sévère (15) :

- Avant 3 ans : toute lésion carieuse
- Entre 3-5 ans : une ou plusieurs cavités, perte dentaire liés aux caries, dents obstruées sur les incisives antérieures temporaires (les premières dents atteintes) ou un indice CAO ≥ 4 (âge 3 ans), ≥ 5 (âge 4), ≥ 6 (âge 5).

Les facteurs de risques spécifiques aux très jeunes enfants sont surtout :

- L'allaitement et le syndrome du biberon
- L'alimentation sucrée ou la prise fréquente de jus ou de boissons sucrées
- La présence de bactérie qui peut être transmise dès le plus jeune âge.

Le syndrome du biberon est une des formes sévères de la CPE qui se caractérise par la présence de carie évolutive en rapport avec une alimentation sucrée ou continue au biberon, persistant après l'âge de 12 mois (5).

Ce n'est pas tant le lait du biberon ou de l'allaitement maternel qui est associé au risque de CPE mais ce sont les comportements alimentaires sucrés associés à la présence de la bactérie et le temps d'exposition qui jouent un rôle dans la formation de la carie dentaire. Le temps d'exposition est également un facteur de risque très important (8).

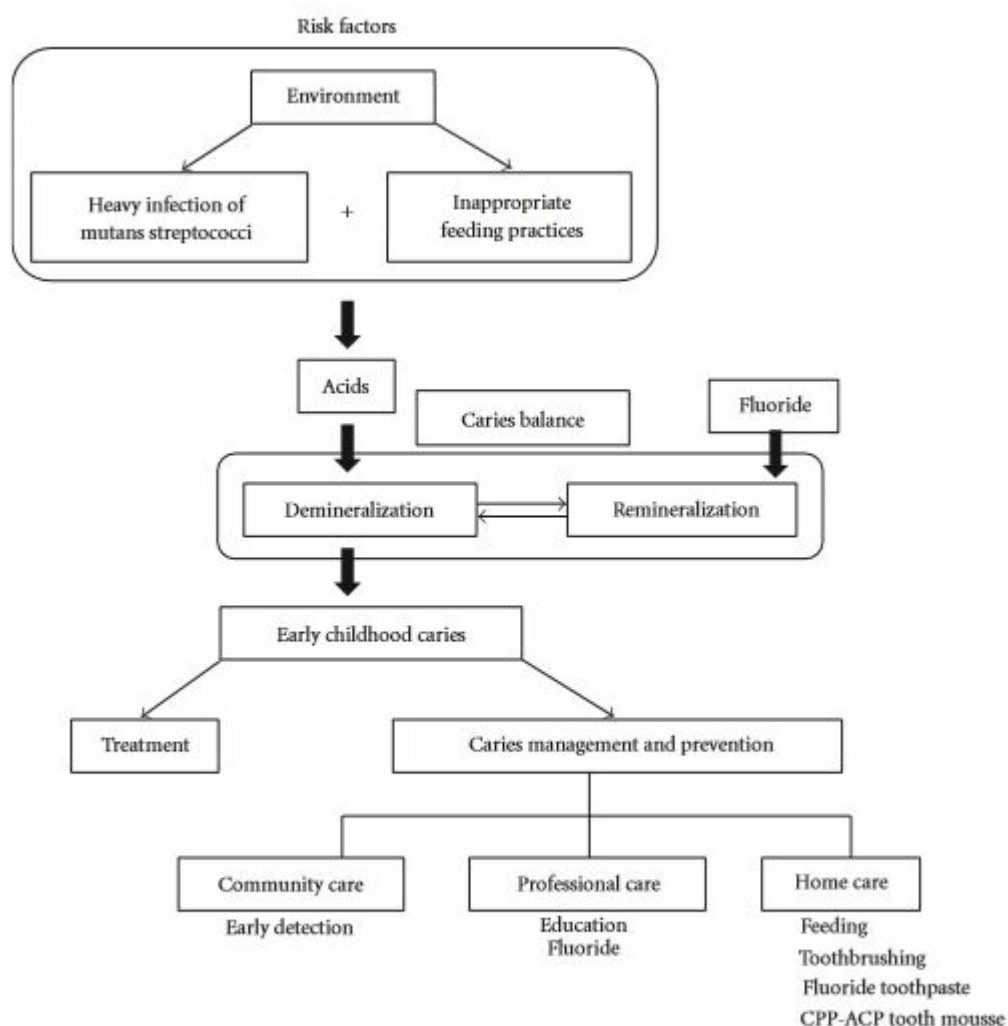


FIGURE 1: Brief overview of early childhood caries.

Fig 1 : Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early Childhood Caries. *Int J Dent* (16)

Malheureusement il n'existe que très peu d'études épidémiologiques sur la prévalence de la carie dentaire chez les très jeunes enfants en France (8) et très peu d'études sont menées avant l'âge de 3 ans.

D. Actions de prévention actuelles :

La carie dentaire est une maladie évitable et réversible à un certain stade si des mesures de prévention sont introduites telles que le brossage de dent, la diminution de l'alimentation sucrée, la prise du fluor, l'application de vernis fluoré si besoin avec détermination du risque carieux, la visite chez le dentiste et l'éducation des parents et des enfants (6,9,14,15).

Il existe des recommandations de prévention de la carie précoce de l'enfant par la détermination du risque carieux pour permettre l'utilisation des fluorures (6,13).

a. *Brossage de dent :*

Le brossage des dents est primordial à la bonne santé bucco-dentaire. Les recommandations préconisent un brossage dentaire deux fois par jour au minimum. Pour les plus petits, ce geste est réalisé par les parents dès l'apparition des premières dents (de 6 mois à 3 ans) avec l'utilisation d'une brosse à dent adaptée selon l'âge de l'enfant.

Au fur et à mesure de l'avancement en âge, l'utilisation de dentifrice fluoré est recommandée avec des doses variant selon l'âge, et l'apprentissage du geste de brossage (enfants entre 3 et 6 ans) par les parents permettra son autonomie. Le brossage dentaire sera alors assisté par les parents qui pourront vérifier la qualité du brossage, de s'assurer de la durée du brossage et de limiter l'ingestion de dentifrice (6).

b. Fluor :

Le fluor est incorporé dans le métabolisme de la dent et à un effet protecteur anti-cariogène temporaire en diminuant la déminéralisation de l'émail et en étant plus résistant à la plaque dentaire bactérienne. Les dents du jeune enfant sont très poreuses et sont donc très sensibles aux risques carieux et à l'apport du fluor. Lorsqu'il existe un risque carieux important la balance de la formation dentaire (déminéralisation/reminéralisation) a tendance à pencher vers la déminéralisation et le fluor permet donc le retour à l'équilibre de cette balance. Devant cet équilibre de la formation dentaire, l'apport du fluor doit être régulier afin de garder une certaine protection dentaire mais sans excès. Car l'apport du fluor est également dose-dépendant et le surdosage peut entraîner des atteintes dentaires à type de fluorose (6).

L'apport du fluor se fait par :

- L'eau de boisson en eaux minérales naturelles embouteillées et les eaux de sources. En France, l'eau de distribution du robinet n'est pas supplémentée en fluor contrairement à certains pays.
- L'alimentation, par le sel fluoré, les poissons de mer, le thé, etc.
- Les produits de santé tels que les dentifrices, les gels, les bains de bouche, les vernis fluorés, gouttes/comprimés et certains produits professionnels (amalgames fluorés, produit de comblement des sillons, etc.)

Produits de santé sources de fluor utilisés dans la prévention de la carie dentaire.

Produit de santé	Statut	Vole d'administration
Comprimés, gouttes	Médicament (AMM)	Systémique
Dentifrices		
Teneur en fluor < 1500 ppm	Produit cosmétique	Topique
Teneur en fluor > 1500 ppm	Médicament (AMM)	Topique
Bains de bouche	Produit cosmétique Seul Fluocaril® bifluoré dispose d'une AMM	Topique
Gommes à mâcher	Seul Fluogum® dispose d'une AMM	Topique
Vernis fluorés	Dispositif médical (marquage CE) ou Médicament (AMM)	Topique à usage professionnel
Gels fluorés		
Teneur en fluor < 1500 ppm	Produit cosmétique	Topique
Teneur en fluor > 1500 ppm	Médicament (AMM)	Topique à usage professionnel

Fig 2 : ANSM. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans (6)

Chez les jeunes enfants de moins de 6 ans, l'administration du fluor est à surveiller car c'est durant cette période que le risque d'ingestion accidentelle du dentifrice fluoré est le plus important. On estime que les enfants avalent plus de 50 % de dentifrice entre 2 et 4 ans, 30 % entre 4 et 6 ans, et 10 % après 6 ans.

Quel que soit le risque carieux de l'enfant, la recommandation de l'Agence National de Sécurité du Médicament (ANSM) préconise :

- À partir des premières dents, à 6 mois environ : nettoyage dentaire avec une compresse dès l'apparition des premières dents sans dentifrice au départ ou d'un brossage de dent adapté à l'âge avec une quantité très faible de dentifrice fluoré ≤ 500 ppm
- Apparition des premières molaires temporaires, 12-18 mois : brossage quotidien avec dentifrice fluoré ≤ 500 ppm
- À partir de 3 ans : brossage biquotidien avec dentifrice fluoré = 500ppm, de la taille d'un petit pois

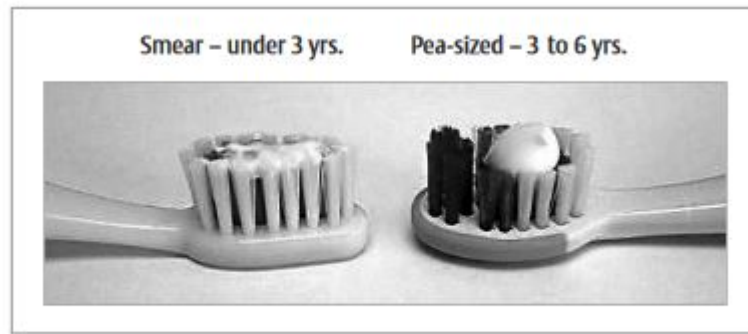


Figure. Comparison of a smear (left) with a pea-sized (right) amount of toothpaste.

Fig 3 :American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on early childhood caries (ECC) : classifications, consequences, and preventive strategies (15)

- À partir de 6 ans : brossage triquotidien voire biquotidien minimum avec dentifrice fluoré de 1000-1500ppm

TABLEAU RECAPITULATIF : Utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant.

	0-6 mois Nourrisson sans dent*	6 mois-3 ans Mise en place des dents tempo- raires - Autonomie/motricité de l'enfant en cours d'acquisition	3-6 ans Denture temporaire stable - Acquisition de l'autonomie/ motricité de l'enfant	Après 6 ans Mise en place des dents permanentes
Enfant à faible risque carieux	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation annuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	Topique : Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm
Enfant à risque cariex élevé	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation biannuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (verniss, gels...) prescrites et/ou appliquées par un chirurgien-dentiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte. <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	- Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm. Un dentifrice à plus forte teneur en fluor est possible à partir de 10 ans. - Possibilité d'utiliser un bain de bouche fluoré.
Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche ou gouttes, répartis en 2 prises, à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	- Comprimés : à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus		

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

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

Fig 4 : ANSM. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans (6) (Annexe 2).

Pour les enfants à risque carieux important :

- Réalisation d'un bilan des apports en fluorures : eau, sel fluoré
 - Si l'eau consommée a du fluor $> 0,3$ mg/L : la supplémentation en gouttes/comprimé ne doit pas être prescrite
 - Si la famille consomme du sel fluoré, la supplémentation systémique n'est pas recommandée
 - Si supplémentation possible : posologie totale recommandée à 0,05 mg/kg/jour, max 1mg/jour.
- Application de gels ou de vernis fluorés de manière préventive par le chirurgien-dentiste
- Bains de bouche fluorés à partir de 6 ans pour les enfants sachant recracher

c. Habitudes alimentaires :

Dès l'apparition des premières dents, à partir de 6 mois et lors de la diversification alimentaire, on diminuera progressivement l'allaitement ou la prise du biberon notamment les prises répétées et nocturnes, et on favorisera l'apprentissage de la mastication. Pour cela des recommandations à destination des parents ont été formulés par l'ANSM, par la SOFP et par l'UFSBD (14) :

- Ne pas laisser la nuit à disposition de l'enfant un biberon contenant autre chose que de l'eau pure
- Ne pas vérifier la température de la nourriture en la goûtant avec la même cuillère que celle destinée à nourrir l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson)

- Ne pas lécher la tétine pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson)
- La carie en denture temporaire ne doit pas être négligée

On évitera donc l'alimentation nocturne surtout après le brossage dentaire, la prise de jus ou de soda de manière répétée dans des biberons ou dans des gobelets anti-déversement d'apprentissage, le grignotage de produits sucrés, et l'utilisation du biberon après 12-18 mois.

Selon les recommandations de l'American Academy Pediatric Dentistry (AAPD) : un seul verre de 100 % pur jus par jour est recommandé pour les enfants entre 1 et 6 ans, durant un repas ou lors du goûter.

Éduquer les parents et les enfants sur l'alimentation est également un point de prévention très important de même que le brossage de dents et l'utilisation du fluor.

d. Carnet de santé :

Des rappels de santé bucco-dentaire ont été introduits dans le carnet de santé avec des conseils d'hygiène et de brossage dentaire, de la première visite chez les chirurgiens-dentistes avec des illustrations et des recommandations (Annexe 3). À la fin du nouveau carnet de santé, édité en février 2018, des fiches d'examen bucco-dentaires de chaque âge de consultation recommandée (6-9-12-15-18 ans) ont été rajoutés. Le chirurgien-dentiste peut ainsi remplir ses fiches après chaque consultation (17).

Mais malheureusement, différentes études ont montré que ces recommandations sont peu connues voire peu utilisées par les parents : seulement 61,3 % des familles ont repéré ces pages dans le carnet de santé et seulement 2/3 de ces familles les ont lus (18).

e. Visite régulière chez le chirurgien-dentiste et scellement des sillons :

L'évaluation dentaire précoce par un chirurgien-dentiste est recommandée dès le plus jeune âge par certaines sociétés savantes comme l'AAPD qui recommande une consultation chez le dentiste à partir de un an, pour évaluer le risque carieux et recevoir des conseils de prévention et d'éducation pour les enfants comme pour les parents. En France, l'adhésion à cette recommandation est difficile à obtenir, de part les chirurgiens-dentistes qui sont peu formés à la prise en charge très précoce du jeune enfant, aux médecins ne relayant pas cette information et aux familles qui n'ont pas la perception du besoin de consultation aussi jeune (8). Selon les recommandations HAS, une séance de prévention bucco-dentaire est plutôt recommandée à l'âge de 3 ans afin d'y évaluer le risque carieux et de réaliser le bilan des apports fluorés (14). À l'occasion d'une consultation chez un chirurgien-dentiste celui-ci pourra prodiguer des soins préventifs tels que la mise en place de vernis et gels fluorés mais également par la pratique de scellement des sillons. Cette mesure est un acte thérapeutique prophylactique qui vise à combler des molaires permanentes et dont l'efficacité a été prouvée avec un haut niveau de preuve avec une supériorité face aux vernis fluorés (9,14).

f. Programme M'T dents :

Pour améliorer la prévention bucco-dentaire, l'assurance maladie a instauré en 2007 un programme de sensibilisation aux soins dentaires pour les enfants à partir de 6 ans avec le programme M'T dents (19). Ce programme permet la prise en charge à 100 % d'une consultation de dépistage auprès d'un chirurgien-dentiste ainsi que les soins envisagés par la suite (traitement des caries et des racines, détartrage, scellement des sillons, etc. hors prothèse ou appareil d'orthodontie) et ceux pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Depuis 2014, le

programme a été étendu aux femmes enceintes et depuis janvier 2018, l'extension du programme bénéficie aux jeunes de 21 et 24 ans.

En 2016, on estime que plus de 60 % des enfants de 6 ans ont consulté un dentiste contre 30 % en 2006 et 46 % des enfants de 6 ans ont bénéficié de l'examen M'T Dents. 57,4 % des enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans ont été suivis par un dentiste dans le cadre de du programme M'T dents en 2012 contre 55,7 % en 2011 (20).

Ce programme permet un accès aux soins pour les enfants et les adolescents mais malgré ce programme, il existe toujours une inégalité sociale car 64 % des enfants dont la personne de référence du ménage est employée déclarent avoir participé à la visite au sixième anniversaire, contre 71 % des enfants d'ouvriers et 82 % des enfants de cadres ou professions intermédiaires (7).

Les inégalités se retrouvent également chez les enfants de moins de 6 ans car en maternelle 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée, contre 23 % des enfants d'ouvriers. Un lien entre présence de carie et le faible niveau d'étude de la mère ou le bas niveau socio-économique de la famille est donc bien reconnu (14).

Malheureusement la population des très jeunes enfants n'est pas prise en charge par le programme de la sécurité sociale.

E. La Seine-Saint-Denis : état des lieux :

Le département de la Seine-Saint-Denis est un des départements d'Île-de-France les plus précaires (21). En 2009, 23 % de la population de la Seine-Saint-Denis vivaient dans un foyer à bas revenu contre 13,4 % au niveau national et 10,9 % de la population du département étaient bénéficiaire de la CMU complémentaire contre 5,8 % bénéficiaires au niveau national

(22). Nous savons également que les affections bucco-dentaires sont beaucoup plus présentes chez ces populations précaires (23). La population de ce département est donc particulièrement vulnérable à cette pathologie et surtout les enfants dont les parents ne peuvent donc pas subvenir aux soins dentaires qui s'avèrent être au second plan (4), et dont le renoncement aux soins pour raison financière est plus fréquent (7).

Le programme M'T dents a permis une amélioration de la prévention bucco-dentaire ainsi qu'à l'accès aux soins dentaires car en quatre ans, entre 2007 et 2011, la proportion d'enfants de 6 ans qui a eu recours à l'examen bucco-dentaire gratuit proposé dans le cadre du programme M'T dents a plus que triplé en Seine-Saint-Denis.

Un programme départemental de prévention bucco-dentaire a été développé en Seine-Saint-Denis depuis 1984 permettant des actions d'éducation de santé bucco-dentaire. Ce programme a été mis en place devant les résultats alarmants d'une étude réalisée dans le département cette même année qui montraient que 73 % des enfants de 11 ans n'étaient pas en bonne santé bucco-dentaire et que 34 % d'entre eux étaient atteints de caries dès l'âge de 3 ans et 90 % à 9 ans. Celui-ci a donc été financé par le conseil régional en premier lieu puis par la sécurité sociale en association avec le programme M'T dents et l'ARS dans le cadre de la labellisation ARCADE (Action régionale contre les atteintes dentaires des enfants). Des animateurs de prévention des Équipes Techniques Locales (ETL) sont donc formés par le conseil régional pour permettre d'assurer une animation éducative adaptée à l'âge des enfants. Ils prodiguent des actions de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire, le brossage dentaire, l'alimentation, la visite régulière chez le dentiste et le fluor, dans différents lieux de rencontre auprès des enfants que sont les services de PMI, les écoles maternelles, les écoles élémentaires, les collèges et les centres de loisirs, sur 32 villes du département ayant signé une convention à ce programme. En 1992 une seconde étude a montré une amélioration de la situation avec 73 %

des enfants qui avaient un bon état bucco-dentaire mais les atteintes carieuses étaient toujours présentes dans les zones défavorisées où 1/4 des enfants n'avaient pas eu accès aux soins (4). En plus de ces actions sur le terrain, le département a élaboré des fiches d'information à destination des parents et des professionnels de santé afin de renforcer les actions de prévention réalisées par les équipes techniques locales (24,25).

La question du recours au médecin généraliste au premier plan dans la prévention se pose, notamment devant la densité démographique des chirurgiens-dentistes libéraux dans le département qui est la plus faible par rapport aux autres départements d'Île-de-France et nettement inférieure à la densité nationale (26). En sachant que 13 % de l'ensemble des consultations du médecin généraliste concerne des enfants de moins de 16 ans (27). L'évolution de la démographie médicale renforce donc le rôle du médecin généraliste comme médecin de premier recours pour les enfants.

F. Objectif de l'étude :

La question posée est de savoir comment les médecins généralistes du département de la Seine-Saint-Denis perçoivent la prévention bucco-dentaire chez les enfants de moins de 6 ans. L'hypothèse de ce travail de thèse est que la prévention bucco-dentaire chez les enfants de moins de 6 ans n'est que peu abordée en raison de différents freins. Ceux-ci pourraient être l'absence de sensibilisation à ce sujet, la perception que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste ou le manque de temps dans une consultation pédiatrique déjà chargée.

L'objectif principal est d'étudier le ressenti des médecins généralistes à travers leurs expériences en prévention bucco-dentaire chez des enfants de moins de 6 ans, dans le département de Seine-Saint-Denis.

L'objectif secondaire est de définir les besoins des médecins généralistes et d'obtenir des axes d'amélioration de la prévention bucco-dentaire.

Ce travail s'inscrit dans le cadre du séminaire ERISS (Enseignement et Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé) qui est un groupe de travail autour des inégalités sociales de santé, au sein du département de médecine générale de Sorbonne Université.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Méthode choisie :

La méthode choisie est une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés qui permet d'explorer les perceptions et les comportements des médecins (28).

Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes du département de la Seine-Saint-Denis avec l'aide d'un guide d'entretien validé par le département de médecine générale de Paris VI Médecine Sorbonne Université.

B. Population de l'étude :

Les médecins généralistes exerçant dans le département de la Seine-Saint-Denis ont été initialement recrutés via des connaissances car particulièrement sensibilisés à la population pédiatrique, puis par effet « boule de neige » afin de garantir la diversité des opinions et des comportements. Les médecins avaient une activité professionnelle diverse soit en Protection Maternelle et Infantile (PMI), en Centre Municipaux de Santé (CMS) ou bien ayant une activité libre sans rendez-vous uniquement, permettant d'obtenir un échantillon de réponse plus varié.

La demande de participation a été réalisée par appel ou message téléphonique ainsi que par rencontre directe avec le médecin.

Les critères d'exclusion des médecins généralistes ont été l'absence de pratique pédiatrique, les médecins ne travaillant pas en Seine-Saint-Denis et le refus du médecin.

Le recrutement des médecins interrogés a été finalisé après saturation des données recueillies.

C. Guide d'entretien et recueil d'information :

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien réalisé après une analyse de la littérature et plusieurs fois modifié après discussion auprès de ma directrice de thèse, lors des réunions séminaires ERISS du département de médecine générale de l'Université Paris VI et lors des entretiens tests effectués auprès de deux médecins hospitaliers ayant déjà réalisé des remplacements en cabinet médical en Seine-Saint-Denis. Il a ensuite été validé.

Le guide d'entretien se compose en cinq parties (Annexe 4) :

1. Caractéristiques des médecins interrogés
2. Questions générales
3. Perception de la prévention bucco-dentaire
4. Lieux d'exercice et particularités
5. Axes d'amélioration.

D. Modalité d'analyse des données :

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et retranscrits à l'identique mot-à-mot via un logiciel de traitement de texte Libre Office Writer. Les tournures de phrase ainsi que les hésitations ont été conservés pour permettre d'évaluer au mieux l'entretien du médecin.

Le verbatim a ensuite été analysé par thématique transversale à la recherche de regroupement d'idée et regroupé dans un tableau via un logiciel tableur Libre Office Calc. Afin de renforcer

la validité de l'étude, les entretiens ont été analysés par un autre chercheur pour permettre de réaliser une triangulation (élément de validité interne de l'étude).

E. Éthique :

Avant la réalisation des entretiens, une demande d'autorisation à la Commission Nationale Information et des Libertés (CNIL) a été réalisée après avoir pris connaissance de la nouvelle réglementation de la loi Jardé de juin 2016. La nouvelle réglementation encadre les nouvelles études scientifiques réalisées mais pour une étude qualitative auprès des médecins généralistes comme pour la nôtre, celle-ci ne s'inscrit pas dans la Loi Jardé mais dans le cadre de la méthodologie de référence (MR) dite MR-003. Celle-ci étant adaptée aux recherches non interventionnelles et dont le projet est géré de manière autonome par le chercheur. Elle encadre les traitements comprenant des données de santé, réalisés dans le cadre de recherches pour lesquelles le patient (en l'occurrence ici ce sont les médecins généralistes) ne s'oppose pas à participer après avoir été individuellement informé (29).

Suite à cela une demande à la CNIL a été réalisée le 5 avril et accordée le 6 avril 2018.

Une fiche d'information a été remise avant les entretiens afin d'expliquer le travail de thèse. L'anonymat de l'étude avec possibilité de demande d'information complémentaire ou de rétractation a été garanti.

III. RÉSULTATS

A. Déroulement des entretiens :

Le recrutement des médecins a été effectué du 4 mai au 26 juin 2018. La saturation des données a été obtenue à partir du 11^e entretien, deux médecins ont été interrogés de manière supplémentaire conformément à la méthodologie des études qualitatives. Les entretiens ont été réalisés après une prise de rendez-vous auprès du médecin, dans leur bureau médical au calme en fin de consultation de la demi-journée ou entre deux patients pour quelques médecins. Les entretiens ont une durée moyenne de 15 minutes, le plus court étant de 8,30 min et le plus long de 32,03 min.

B. Données caractéristiques de la population étudiée (Annexe 5) :

Les médecins interrogés ont une moyenne d'âge de 36 ans (de 30 à 63 ans) avec sept femmes et six hommes. La moyenne d'année d'exercice est de 10 ans allant de un an à 37 ans.

Quatre médecins ont deux lieux d'exercice : un médecin à Aubervilliers et à La Courneuve, un médecin à Aubervilliers et à Neuilly-Plaisance, un médecin à Aubervilliers et à Épinay-sur-Seine et un médecin à Noisy-le-Sec et à Tremblay-en-France.

Trois médecins travaillent à Épinay-sur-Seine, deux médecins à Aubervilliers, un médecin à Noisy-le-Sec, un médecin à Sevran, un médecin à La Courneuve et enfin un médecin à Saint-Denis.

Trois médecins ont une double activité : un médecin en cabinet de groupe en exercice libéral associé à une activité salariale en PMI, un médecin en exercice libéral en remplacement dans un cabinet de groupe avec une activité salariale en CMS et un médecin en exercice libéral en cabinet seul avec une activité salariale en CMS également. Trois médecins ont une activité libérale en remplacement (deux médecins dans un cabinet de groupe et un dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)). Deux médecins travaillent en exercice libéral dans une MSP, deux médecins libéraux en cabinet de groupe, un médecin en cabinet seul en libéral, et enfin deux médecins sont salariés, un dans un CMS, un dans un centre de santé associatif.

Six médecins sont maîtres de stage universitaires dont un médecin assistant universitaire en médecine générale et un, maître de conférence associé, tous deux appartenant au Département de médecine générale (DMG) de Paris VII Diderot.

Le pourcentage moyen déclaré d'enfants vu en consultation est de 35,7 % (allant de 17,5 à 60 %) et celui des patients ayant une Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMUc) ou une Affection Longue Durée (ALD) est de 42,43 % (allant de 7 à 80 %).

Pour la retranscription des entretiens des médecins, ceux-ci ont été anonymisés par la lettre M puis le chiffre correspondant à l'ordre des entretiens, écrit comme tel : médecin N°1, M1.

C. Place du médecin généraliste :

a. *Importance de la prévention :*

La majorité des médecins entretenus déclaraient que le médecin généraliste était le premier acteur de cette prévention :

M9 : la place du médecin généraliste dans la prévention est centrale, qui plus est chez les enfants (...) c'est important de faire de la prévention (...) c'est le cœur de notre métier

M11 : C'est la première place (...) c'est pour une prise en charge globale, avoir une vision holistique de notre patient

Un des médecins exprimait le fait que cela dépendait du statut du médecin envers le patient.

M5 : Si c'est pas vous le médecin traitant (...) vous ne savez pas l'impact que ça peut avoir (...) Disons que si vous revoyez pas le patient je vois pas à quoi ça sert

Deux autres médecins ne voyaient pas le médecin généraliste comme étant le premier interlocuteur pour ce sujet :

M2 : ils en parlent, je pense, plus facilement à leur dentiste directement et à mon avis c'est pas le médecin généraliste le premier interlocuteur pour les dents de leurs enfants.

La majorité des médecins connaissaient également l'importance de la prévention bucco-dentaire pour cette population :

M9 : si, c'est important parce qu'on sait très bien que même si ce sont des dents de lait il y a quand même une répercussion sur les dents futures

M13 : moi je trouve un des éléments des plus marquants des inégalités sociales de santé, (...) je trouve que l'hygiène bucco-dentaire c'est aussi très important

Deux médecins expliquaient que pour eux cette prévention n'était pas importante :

M1 : pas important (...)

Et un des médecins interrogés nuance ce sujet :

M4 : au niveau bucco-dentaire donc effectivement ça devrait avoir une place importante, en principe (...) parce qu'en pratique je pense, enfin la prévention bucco-dentaire n'a pas la place qu'elle devrait avoir en médecine générale.

b. Connaissance sur la prévention bucco-dentaire :

Concernant les connaissances sur la prévention bucco-dentaire, certains parlaient de la prévention de la carie, de la prise en charge de la douleur, des malpositions dentaires ainsi que de la bonne santé bucco-dentaire :

M1 : prévention par rapport aux caries (...) je montre les caries

M3 : savoir s'il y a une douleur

M10 : Il faut regarder surtout s'il y a des malpositions dentaires

M7 : c'est la prévention qui est réalisée par les médecins, les dentistes, les infirmières scolaires, pour la bonne santé bucco-dentaire

Beaucoup de médecins abordaient également la transmission d'information et l'éducation à la santé bucco-dentaire :

M12 : de sensibiliser un peu les parents pour qu'ils se disent, ah bah oui ils peuvent quand même avoir des caries même si c'est les dents de lait, il faut quand même y faire attention

La majorité des médecins évoquaient particulièrement les moyens de prévention effectués, comme le brossage dentaire :

M1 : d'acheter une brosse à dent pour bébé, de mettre de l'eau sur la brosse à dent et de brosser les premières dents. Et à partir de 2 ans, je dis aux parents de mettre du dentifrice

M9 : l'habitude de se brosser les dents aussi c'est quelque chose dont il faut qu'ils prennent l'habitude

M10 : Rectifier certaine croyance. Ils doivent se brosser les dents

Les règles hygiéno-diététiques ainsi que le déséquilibre alimentaire étaient également à prendre en charge :

M8 : je demande aux parents déjà s'ils commencent beaucoup de bonbons, de chocolat (...) bah de limiter déjà ça

M12 : de pas donner de biberon de lait juste avant de se coucher

Concernant la prescription de fluor, un peu plus de la moitié des médecins (7 médecins) n'en prescrivait pas ou plus :

M1 : on ne donne plus de fluor comme on le pouvait donner avant

M3 : je ne le mets pas en place, je ne suis pas assez informé là-dessus

M13 : non parce que ce n'est plus recommandée

Tandis que l'autre moitié des médecins (6 médecins) interrogés prescrivait du fluor :

M5 : quand je vois que dans la bouche des parents aussi que c'est pas génial, j'ai tendance aussi à mettre un petit peu plus de fluor chez le nourrisson

M7 : je leur demande de prendre un dentifrice fluoré et puis je me contente de ça

M11 : ça nous arrive bien sûr chez les enfants qui font beaucoup de carie

Parmi les facteurs favorisant les caries, la moitié des médecins interrogés connaissaient le syndrome du biberon, pathologie spécifique aux enfants de moins de 6 ans :

M6 : le fameux biberon de la nuit (...) il y a beaucoup de petit biberon pour s'endormir

M13 : c'est d'éviter les syndromes du biberon en arrêtant que les bébés s'endorment avec les biberons dans le lit.

L'alimentation était aussi un des éléments importants que tous les médecins interrogés mentionnaient :

M3 : le reflet d'une alimentation inadaptée

M11 : il y a des problèmes de sous-alimentation (...) avec des enfants mal nourris de base.

Certains médecins parlaient également de l'hygiène comme étant un élément important de problème bucco-dentaire :

M5 : l'hygiène bucco-dentaire c'est l'hygiène de vie

M11 : ça considère à l'hygiène de vie (...) c'est par le biais de la prévention bucco-dentaire qu'on se rend compte de la qualité de vie des enfants.

Quelques médecins mentionnaient également des problèmes dentaires personnels ou familiaux comme étant les causes potentielles de problème bucco-dentaire :

M5 : il y a aussi des enfants qui ont des maladies pour lesquels on ne peut rien faire

M11 : sauf les formes familiales d'anomalies dentaires.

c. *Expérience du médecin :*

La majorité des médecins voyaient souvent des enfants avec des caries :

M9 : oui, oui c'est quotidien.

La plupart des médecins constataient surtout des enfants ayant des polycaries :

M6 : des situations où toutes les dents sont noires (...) quasiment plus de dents, toutes les dents de lait

M11 : on voit des bouches qui sont souvent dans un état catastrophique.

Un des médecins évoquait une situation clinique où c'était du tout ou rien :

M4 : C'était tout ou rien (...) un très bon état bucco-dentaire ou sinon c'était catastrophique

Deux médecins par contre ne voyaient pas souvent d'enfants ayant des caries :

M5 : c'est rare quand même qu'on tombe sur des enfants qui n'ont déjà plus de dents, qui ont plein de chicos.

Et d'autres encore, voyaient plus souvent des caries déjà soignées :

M6 : souvent des caries soignées (...) les enfants étaient souvent pris en charge

M8 : il y avait un suivi (...) comme c'était pas trop mon domaine du coup bah je laisse le dentiste faire son boulot.

Contrairement à ce que j'aurais pu penser la question de la prévention bucco-dentaire n'était pas difficile à aborder par les médecins généralistes car la plupart déclaraient aborder la question assez facilement :

M1 : j'aborde ça très très facilement

M2 : je profite à l'occasion, hum des visites itératives des patients pour en parler naturellement

M8 : je pense que c'est une question qui est accessible à tous les médecins

Un des médecins interrogés nuance la question selon le suivi du patient :

M5 : tout dépend d'une question de suivi (...) vous êtes le médecin de famille, vous pouvez aborder quasi tous les sujets

Certains médecins parlaient de la manière d'aborder la question et l'écoute des parents :

M5 : les parents, ils sont récepteurs (...) si vous les encouragez à y aller, ils iront avec plaisir (...) tout est dans comment vous leur communiquez aussi le truc

M7 : c'est même les parents qui posent des questions parce qu'ils ne sont pas sûr

Le moment où les médecins abordaient la question était assez varié pour certains médecins, la prévention bucco-dentaire débutait dès les premières dents :

M5 : j'en parle dès les premières dents

M10 : je pense que l'action de la prévention bucco-dentaire doit être ciblée dans des populations très jeunes

Un des médecins précisait que la prévention bucco-dentaire était efficace avant un certain âge :

M5 : 3 ans ça reste la limite récupérable quoi. Après 3 ans c'est déjà pratiquement foutu

Pour d'autres, la question se posait de manière systématique à chaque examen clinique :

M1 : A chaque fois qu'un enfant se présente au cabinet (...) Quand j'examine la bouche de l'enfant

M9 : tout le temps regarder la bouche des enfants, (...) c'est quelque chose que je fais systématiquement dans mes consultations pédiatriques

M13 : ça s'intègre hyper bien dans l'examen clinique

Certains médecins préféraient la réaliser lors des consultations obligatoires :

M12 : dans le carnet de santé il y a toujours le truc, nombre de dents cariées, soignées (...) au moment de remplir cette partie là je leur redemande (...) c'est surtout sur les visites systématiques.

M13 : je prends souvent la consult des certificats pour le faire

Pour d'autres médecins, la prévention bucco-dentaire était réalisée mais pas de manière systématique :

M4 : Je ne le fais pas systématiquement (...) s'il y a une plainte de la famille et de l'enfant

M12 : parce que j'avoue quand ils viennent pour une otite ou qu'ils viennent pour une angine, bah pfff ouais on va dire que c'est un peu secondaire

Seul un médecin déclarait ne pas réaliser de prévention bucco-dentaire :

M7 : j'ai l'impression que les parents sont au courant de quand est-ce qu'il faut brosser.

d. *Actions réalisées :*

La majorité des médecins adressaient leurs patients vers un dentiste en cas de carie :

M6 : envoyer éventuellement chez le dentiste

M9 : s'il y a des caries je leur dis d'aller consulter le dentiste

Et plus précisément des pédo-dentistes pour certains :

M1 : je donne souvent l'adresse d'un dentiste en particulier, heu un dentiste qui a l'habitude des enfants, un pédo-dentiste

M5 : je leur dis d'aller voir un dentiste plus spécifique pour les enfants

Un des médecins adressait aussi vers le stomatologue :

M1 : quand il y a plusieurs caries, des polycaries, j'adresse directement au stomatologue

Certains cas étaient adressés directement à l'hôpital :

M6 : J'ai déjà donné des adresses comme Robert Debré qui a de la stomato jusqu'à 5 ans ou la fondation Rothschild

Tandis que certains patients avaient déjà pris l'initiative d'aller d'eux-mêmes voir un dentiste :

M2 : les parents de cette petite fille ont déjà eu l'idée d'eux même d'aller chez le dentiste

M8 : souvent ils étaient déjà au courant et ils avaient déjà plus ou moins prévenu le truc

D. Les freins et difficultés :

a. *Freins liés aux patients :*

1. Socio-économiques :

La couverture sociale et le coût des soins dentaires étaient particulièrement mentionnés par la majorité des médecins :

M3 : certains se sont spécialisés dans les enfants alors avec un coût / les gens n'ont pas de mutuelle, ou ils ont une CMU, ou ils ont l'Aide Médical d'État, c'est encore pire

M13 : L'hygiène bucco-dentaire est un des trucs où il y a une inégalité sociale de santé (...) proportion de patient en difficulté sociale plus importante(...) forcément on voit plus de personne qui ont des problèmes pour les dents et des problèmes pour s'en occuper

2. Socio-culturels :

Parmi les différents freins cités par les médecins, les idées reçues des parents sur les dents de lait étaient mentionnées :

M9 : les gens pensent que comme c'est les dents de laits,(...) bah c'est pas grave, elles vont tomber et il n'y a pas de répercussion

M13 : Je pense qu'il y a aussi beaucoup ce truc qui est véhiculé, que c'est les dents de lait c'est pas grave on verra plus tard

Le manque de connaissance et l'éducation des parents étaient également un frein :

M1 : l'ignorance chez les parents

M2 : si les parents par derrière disent « oui, oui, on va le faire » et puis ils donnent un bonbon au petit après la consultation, vous perdez un peu la crédibilité

Le peu d'intérêt des parents sur le sujet de la prévention était aussi mis en avant par la plupart des médecins interrogés :

M2 : c'est pas la première chose qui les intéresse quand ils vont chez le médecin

M13 : les parents ont pleins de difficulté donc c'est pas forcément le truc qu'ils vont prioriser

Concernant les parents, leur manque de temps était également cité :

M12 : ils ont pas forcément le temps parce que les 2 parents travaillent (...) des horaires de travail qui sont assez longues et qu'ils peuvent pas prendre de jour

Certaines idées ou freins aux soins dentaires seraient la peur des enfants :

M13 : parce que les enfants ont peur (...) il y a un sentiment de honte qui peut se mettre ou de peur du dentiste (...)la peur de la douleur (...)il est trop petit pour aller voir le dentiste

La difficulté des parents dans la maîtrise de la langue française était également notée :

M10 : on a des populations qui ne maîtrisent pas forcément la langue, dès fois des parents qui ne savent pas lire aussi donc dès fois c'est des limites aussi

La culture et les habitudes alimentaires de certaines familles pouvaient également être un frein à la prise en charge bucco-dentaire :

M7 : dans certaines familles les boissons sucrées c'est dès qu'ils sont tout petits et c'est difficile de les faire décrocher

M9 : dès fois ils sont issus d'autres pays où (...) les parents (...) se brossaient pas les dents systématiquement tout le temps, bon du coup pour leurs enfants ils ont pas l'impression que c'est pas forcément une nécessité

M11 : On est dans une zone relativement paupérisée et c'est vrai qu'il y a des enfants qui mangent pas toujours de façon équilibré (M11).

3. Particularité du handicap :

Un médecin expliquait avoir rencontré une situation familiale difficile avec un enfant autiste et dont la prise en charge dentaire était vraiment compliqué :

M12 : il est autiste et donc du coup, il a 8 ans mais il a jamais voulu se brosser les dents donc du coup on a dû faire une anesthésie générale pour lui soigner toutes ses dents

b. Freins liés aux médecins :

Le manque de formation et d'information avec la méconnaissance de l'administration du fluor, précédemment cité, étaient soulevé par les médecins lors de la discussion des freins :

M4 : qu'on n'est pas assez sensibilisé sur l'importance de la prévention bucco-dentaire et l'examen bucco-dentaire en médecine générale

M8 : après ça je sais que les dentistes ils le font mais moi comme je connais pas je fais pas (concernant le fluor)

L'intérêt des médecins sur le domaine n'était pas forcément présent :

M4 : l'idée de se dire que les dents finalement ce n'est pas la médecine générale

Quelques médecins parlaient du manque de temps dans leur consultation :

M10 : Je pense que c'est faute de temps

c. Freins structurels et démographiques :

Lorsque de la question des difficultés de pratique en Seine-Saint-Denis était posée, l'accès aux dentistes était souvent mentionné :

M3 : n'ont pas un recours assez facile chez le dentiste / les dentistes sont pas faciles d'accès / dans notre coin il n'y en a pas beaucoup

M11 : c'est très compliqué / le problème est toujours là c'est toujours l'accès aux dentistes pour les jeunes enfants

Ainsi que le refus des dentistes, soit par manque de temps soit par la difficulté de traitement des enfants :

M1 : Il y a des dentistes (...), qui refusent de soigner

M3 : des difficultés pour certains dentistes à voir des enfants / pas forcément rémunérateur par rapport au temps que ça pourrait prendre / du fait de la peur (...) on peut avoir du mal à les soigner / les dentistes sont submergés

M11 : les enfants les dentistes aiment pas (...) parce que les enfants c'est parfois difficile

La question du manque de médecin généraliste et l'accès à la PMI était également soulevé par un des médecins interrogés :

M10 : il y a un travail en amont de prévention qui est pas fait et qui est pas fait peut être à juste titre (parlant du manque de médecin généraliste) / pas assez d'agents de PMI, beaucoup d'enfants

Et certains médecins ne trouvaient pas de frein ou de difficulté dans leur pratique :

M8 : chez les enfants comme on est moins amené à poser des prothèses donc c'est plus facile (concernant le coût des soins)

M9 : non il n'y pas des difficultés / rare sont ceux qui m'ont dit "ah bah non je ne pourrais pas parce que au niveau financier c'est difficile"

E. Axe d'amélioration :

De nombreuses propositions d'amélioration étaient apportées par les médecins, par ordre de fréquence :

- **L'information médicale, sous différentes formes**
- **La démographie, l'offre et l'accès aux soins**
- **L'éducation à la santé**

a. *L'information médicale :*

L'information médicale a été la première idée relevée en terme de fréquence, par la formation médicale continue ou encore des plaquettes informatives :

M11 : l'enseignement / avoir accès à des cours pour des post-universitaires / il faut avoir une formation la plus large possible et régulière

M4 : des mémos, des tutoriels qui pourraient comme je vous disais, récapituler la prise en charge (...) sous forme de livret ? est-ce que ce serait sous forme de fiche mémoire (...) ?

M10 : faire une petite intervention je pense que ça serait bien / une prévention en amont, très tôt, avec une volonté de casser les limitations liées aux barrières tarifaires des spécialistes / documents pédagogiques

Ou bien d'être plus systématique lors de l'examen clinique avec la réalisation également de l'examen bucco-dentaire :

M9 : Je pense que c'est heu, il faut être systématique (...) l'intégrer dans sa pratique

b. *La démographie, l'offre et l'accès aux soins :*

Puis pour certains médecins l'amélioration serait à faire dans l'offre de soins et l'accès aux soins. Un médecin suggérerait de modifier le programme M'T dents :

M8 : un contrôle systématique(...) on pourra instaurer ça, mais peut-être à partir de 3 ans

D'autres voudraient un lien avec la PMI et leur donner plus de moyens :

M2 : lien avec les PMI

M10 : réadapter les moyens par rapport aux besoins (concernant la PMI)

Certains d'entre eux souhaitaient l'implication des dentistes :

M3 : que les dentistes auraient quelques petits messages à nous transmettre (M3)

M5 : pourquoi les dentistes ils auraient pas un certificat qui serait obligatoire : hygiène bucco-dentaire, à remplir à 3 ans /si vous n'avez pas de personne qui vont faire la suite, ça veut dire que si vous impliquez pas le dentiste là-dedans il n'y aura pas de suite

Un carnet d'adresse de pédo-dentiste et une augmentation de leur nombre étaient également conseillés :

M6 : un parcours de soin pour avoir des adresses pour un pédo (...) un carnet d'adresse

M11 : il faudrait vraiment peut être des consultations plus larges de dentiste spécialisé comme ça en pédopédiatrie.

c. L'éducation à la santé :

Enfin des médecins souhaitaient l'amélioration de l'éducation à la santé des parents :

M13 : qu'il y ait une proposition d'entretien avec les parents (...) optimiser un peu ce dépistage qui est fait à l'école / ça pourrait être les éducateurs parce que du coup ils auront peut-être plus les compétences pour convaincre les parents

IV. DISCUSSIONS

A. Limites de l'étude :

Il existe un biais méthodologique de sélection car les médecins interrogés ont une moyenne d'âge de 36 ans, qui est une population de médecin assez jeune par rapport à la moyenne d'âge des médecins de la région qui est de 54 ans, bien que le plus âgé des médecins interrogés ait 63 ans. Ce biais a probablement été favorisé par le recrutement par effet « boule de neige » qui a commencé par des médecins jeunes et dont l'entourage est de la même tranche d'âge. Les réponses sont probablement influencées par cette jeunesse des médecins et ayant des pratiques similaires.

Parmi ces médecins, beaucoup sont également maître de stage ou ont une fonction universitaire, pouvant également influencer les réponses données durant les entretiens.

Il existe également un biais d'intervention car ayant peu d'expérience dans la tenue des entretiens, j'ai pu omettre de relancer sur certaines réponses qui auraient pu faire ressortir certaines idées. Au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu m'habituer aux entretiens et au guide afin d'amener au mieux l'expression des idées plus diverses.

B. Forces de l'étude :

Le choix de l'étude sur la santé bucco-dentaire des enfants de moins de 6 ans n'a pas été réalisé sans connaissance de cause. Car nous savons que les jeunes enfants peuvent être

touchés par un mauvais état bucco-dentaire qui peut entraîner des conséquences sur sa santé future. Il n'existe que très peu d'études sur cette population concernant cette problématique (8) donc recueillir l'avis des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis sur cette question est très informatif, surtout dans ce département qui possède une proportion d'habitants précaires élevée et que le médecin généraliste a un rôle central pour cette population.

La méthode choisie a été celle d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Pour la mesure des idées subjectives tel que le ressenti des médecins généralistes, qui ne peuvent donc pas être quantifiables, la méthode qualitative est la plus appropriée. Les entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical des médecins, qui était donc un lieu familier pour eux, pouvant permettre un certain confort et d'aisance durant les entretiens.

À ce jour selon notre connaissance il n'existe aucune thèse de médecine générale abordant le thème de la prévention bucco-dentaire chez les enfants précaires.

C. Discussion autour des résultats :

a. *La place du médecin généraliste :*

Les médecins interrogés déclarent avoir une place centrale dans la réalisation de cette prévention et en être le premier acteur. Un médecin relativise cette idée selon la position du médecin par rapport au patient : si celui-ci est le médecin traitant alors il estime que c'est important mais s'il ne l'est pas alors il ne voit pas forcément l'intérêt de réaliser cette

prévention. Et deux médecins estiment qu'ils ne sont pas les acteurs principaux de cette prévention et que cette place reviendrait plutôt au chirurgien-dentiste.

Le médecin généraliste a une place centrale dans le suivi des enfants car la majorité des enfants sont suivis uniquement par le médecin généraliste et une consultation sur huit est tout de même centrée sur la prévention et la vaccination (27).

b. L'importance de la prévention bucco-dentaire :

La majorité des médecins déclarent également que la prévention bucco-dentaire est importante chez les enfants de moins de 6 ans. Un des médecins reconnaît que la prévention bucco-dentaire est importante mais malheureusement ne la réalise pas. Nous étudierons les freins ultérieurement dans la discussion. Seuls deux médecins considèrent que ce n'est pas très important dans cette tranche d'âge.

Et contrairement à l'hypothèse de départ selon laquelle la question de prévention n'est pas souvent abordée avec l'existence de freins, la majorité des médecins abordent la question assez facilement. Ces résultats recourent donc ceux d'une autre thèse qui montraient que la majorité des médecins généralistes interrogés abordaient également la question de la santé bucco-dentaire dans leur consultation (30).

D'après les entretiens, les médecins pratiquent cette prévention soit au cours de l'examen clinique à l'examen buccal soit lors des examens obligatoires systématiques, et plutôt dès les premières dents. Certains praticiens ne la font pas de manière systématique et seul un médecin m'a déclaré ne pas la faire car pour lui les parents connaissent déjà les techniques de prévention à faire.

Cela rejoint les recommandations de l'HAS qui préconisent une consultation pour évaluer le risque carieux chez les enfants entre 6 mois - 2 ans et une séance de prévention bucco-dentaire recommandé à 3 ans. Ces visites peuvent s'effectuer par le médecin généraliste, l'odontologue, le pédiatre, le médecin ou l'infirmière scolaire (14). Bien que les médecins interrogés n'aient pas tous précisés l'âge des enfants lors de cette consultation de prévention et que la question de l'évaluation du risque carieux n'a pas été citée, la plupart des réponses suggèrent un âge précoce de consultation (dès les premières dents ou lors des consultations obligatoires, plus fréquentes avant l'âge 6 ans), avec la délivrance de conseils ou de moyens de prévention bucco-dentaire, tels que recommandé.

Les moyens de prévention préconisés par les médecins portent surtout sur le brossage dentaire, l'hygiène bucco-dentaire, les règles hygiéno-diététiques avec la prise en charge de l'alimentation et enfin l'éducation des parents.

Au sujet de la prescription du fluor, les avis sont partagés : la moitié d'entre eux prescrivent du fluor tandis que l'autre moitié ne le fait pas. Les raisons sont multiples et la plupart des médecins connaissent les recommandations de l'ANSM mais ne les pratiquent que partiellement. Certains ne donnent plus du tout de fluor alors qu'ils en prescrivaient avant les nouvelles recommandations de 2009. En effet, celles de 2002 préconisaient la prise du fluor de manière systématique de 0-2 ans alors qu'actuellement il est conseillé d'évaluer le risque carieux de l'enfant et de réaliser un bilan des apports en fluorure (dentifrice fluoré, eau fluorée, sel de table, etc.) avant une éventuelle supplémentation fluorée orale (6). On retrouve un médecin qui ne prescrit donc que le dentifrice fluoré alors qu'un autre le prescrit en évaluant le risque carieux de la famille et du patient seulement, en expliquant que les recommandations sont complexes et que l'application dans son ensemble est difficile. En effet aucun des médecins ne mentionne la réalisation du bilan des apports en fluorure.

Trois des médecins interrogés ne prescrivent pas de fluor par manque de connaissance.

Cette situation a également été retrouvée dans une thèse et lors d'une étude effectuée par l'URCAM de la région Centre. Celles-ci retrouvent un faible nombre de médecins qui pratique les recommandations dans son ensemble alors que plus de la moitié d'entre eux les connaissent (31,32). D'après une étude d'Assathiany et Al, on retrouve également cette problématique chez les pédiatres dont seul 21 % suivrait en totalité les recommandations alors que 97 % des pédiatres les connaîtraient. Les raisons rapportées de cette discordance seraient la qualité scientifique discutable des recommandations, des difficultés de mise en œuvre des recommandations et un souci d'adaptabilité des recommandations devant l'absence de pédiatre dans le groupe de travail de l'ANSM qui comporterait en majorité des chirurgiens-dentistes (33).

Les recommandations de 2009 sont plus complexes car elles demandent de maîtriser l'évaluation du risque carieux et la détermination des apports fluorés. Pour que celles-ci soient réellement appliquées il faudrait que les praticiens puissent avoir les moyens et les compétences de se les approprier pour les mettre en œuvre et que celles-ci soient plus simples et plus concises pour une meilleure adhésion (34,35).

Les étiologies relevées par la majorité des médecins sont principalement les troubles alimentaires avec le syndrome du biberon, puis l'absence d'hygiène bucco-dentaire et enfin les troubles familiaux ou personnels. Aucun des médecins interrogés ne m'a parlé du facteur bactérien qui fait partie des facteurs de risque de la présence de carie dentaire, ni même donc des conseils de prévention liés aux risques de transmission bactérienne.

Ces résultats concordent avec une thèse qui évaluait les connaissances de pédiatre et de médecin généraliste concernant la CPE (30).

Pour la plupart d'entre eux, la présence de caries chez les enfants consultés est fréquente. Chez certains enfants la situation est plus catastrophique par la présence de polycaries. D'autres médecins voient seulement des caries déjà soignées. Dans un travail de thèse, de nombreux parents avaient eu un accès direct aux dentistes et très peu de médecins généralistes étaient à l'origine de ces consultations (36).

Lorsque les médecins retrouvent un mauvais état bucco-dentaire, les enfants sont adressés aux chirurgiens-dentistes et plus particulièrement aux pédo-dentistes. Pour les cas les plus graves, ils sont plutôt adressés à l'hôpital ou encore au stomatologue. Les médecins interrogés adressent assez facilement mais seulement en cas de présence de carie ou autre problème dentaire, donc en prévention secondaire. Seuls deux médecins expriment le fait que la prévention bucco-dentaire pour cette population était plus l'affaire des dentistes et non du médecin généraliste.

c. Les difficultés et les freins :

Les freins mentionnés ont été multiples. Chez les parents on retrouve des freins socio-démographiques par leur manque de connaissance et le peu d'importance apporté au sujet. Ceux-ci sont renforcés par la barrière linguistique et culturelle (absence d'habitude de brossage dentaire, alimentation riche en sucre, la peur de l'enfant et du dentiste).

Dans une étude épidémiologique chez des enfants de 4 ans, on retrouvait également chez les parents des lacunes concernant les moyens de prévention bucco-dentaire (37).

Dans un autre travail, les parents indiquaient n'avoir reçu aucune information sur la prévention bucco-dentaire pour la majorité d'entre eux (36).

L'absence de connaissance des parents est donc un frein pouvant être réduit par l'augmentation de leur littératie en santé. Augmenter le niveau de connaissance relève certes

en partie du médecin, mais nous pouvons aussi nous interroger sur le rôle de la société et de l'école dans l'obtention d'un bon niveau de connaissances.

Il existe également des réalités socio-économiques par le manque de temps des parents lié aux priorités économiques et le coût des soins dentaires. Les parents ont peu d'intérêt concernant cette prévention car ils ont d'autres priorités ou que la situation économique de la famille fait que l'avancement des frais dentaires est trop important pour eux. Il est important de savoir que le tarif d'une consultation d'un chirurgien-dentiste conventionné (taux de remboursement à 70 %) est de 23 euros, que les soins de carie sur dents temporaires pour les enfants de moins de 13 ans est de 16,87 € pour une face, jusqu'à 40,97 € pour trois faces et qu'une extraction de dent de lait revient à 16,72 € (38). On sait pourtant que ce sont les familles les plus défavorisées qui sont plus enclin à avoir des problèmes bucco-dentaires. Et certaines études montrent que la plupart des patients précaires renonceraient aux soins pour raisons financières et qu'ils n'en ressentent pas le besoin (23,39).

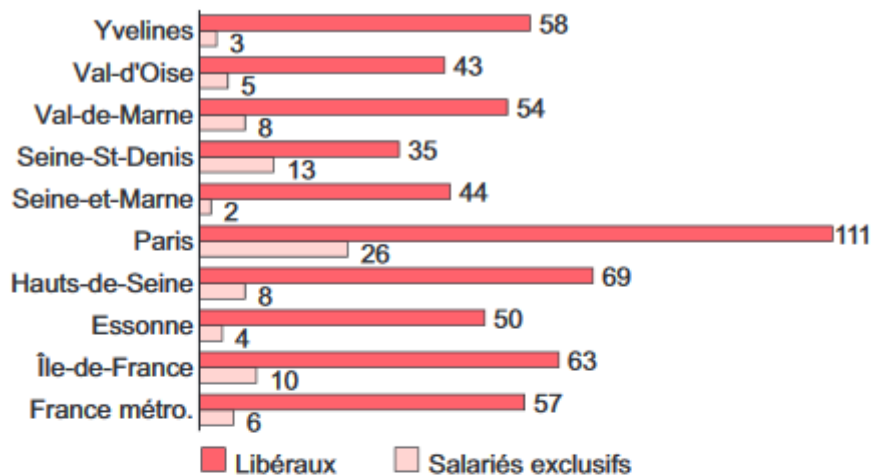
Certains freins concernent également les médecins. Certains ont déclarés avoir un manque de connaissance, un manque d'intérêt ou encore un manque de temps à la réalisation de la prévention bucco-dentaire. Nos résultats sont concordants avec un autre travail de thèse qui recherchait les freins à la prévention bucco-dentaire en médecine générale et qui retrouvait en plus des freins cités dans nos résultats d'autres freins tel que le sentiment d'éviction du médecin généraliste du système de prévention et de soins bucco-dentaires, l'absence de relation entre le médecin et l'odontologue, l'absence de rémunération, ainsi que la difficulté du patient et de son rapport à la santé bucco-dentaire (40). Dans d'autres thèses, les médecins reconnaissaient également une lacune dans leur formation et souhaitaient recevoir des informations sur le sujet (30,32,41). Il est vrai que dans le 2e cycle des études médicales, il n'existe qu'un seul item de l'Examen Classant National concernant le développement bucco-

dentaire et ses anomalies pouvant permettre d'apprendre à dépister les anomalies du développement bucco-dentaire de l'enfant.

Comme nous l'avons également vu, quelques médecins ne se sentent pas concernés lorsqu'il s'agit de la prévention bucco-dentaire. Pour qu'une prévention et que ces recommandations soient appliquées il faut donc impliquer le médecin dans ce domaine et augmenter leur intérêt sur le sujet. Selon une étude de 2008, l'intérêt des médecins généralistes pour un sujet de prévention est primordial pour la réalisation de celle-ci (42). C'est en partie l'objectif de ce travail.

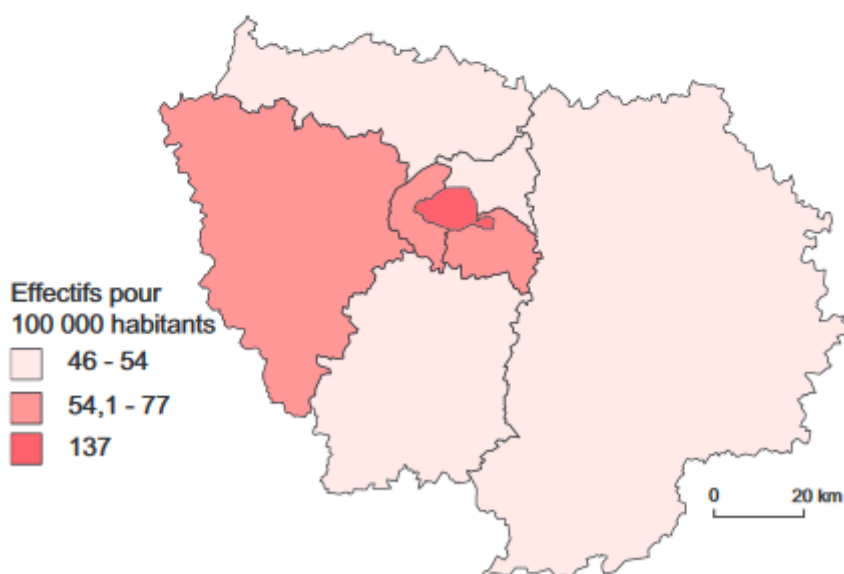
Nous avons également retrouvé dans notre étude des freins liés à des problèmes structuraux et à la démographie médicale et paramédicale. Les médecins ont fréquemment noté le manque de dentistes ou de pédo-dentistes rendant difficile leur prise en charge. Cette difficulté d'accès aux soins adaptés aux jeunes enfants est une réalité devant une démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes en baisse depuis quelques années. Et le département de la Seine-Saint-Denis est un département déficitaire car la densité des chirurgiens-dentistes libéraux est la plus faible par rapport aux autres départements d'Île-de-France (48/100 000 habitants) et est inférieure à la moyenne nationale (63/100 000) (26,43). Le médecin généraliste a donc toute sa place dans cette prévention.

Densités* des chirurgiens-dentistes en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Densités* de chirurgiens-dentistes dans les départements d'Île-de-France en 2012



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Fig 5 : Densité des chirurgiens-dentistes en 2012 : Drass-Drees, Insee – Exploitation ORS Ile-de-France (26)

Lorsqu'un dentiste a la chance d'être trouvé, il peut arriver que celui-ci refuse de voir des enfants du fait de la difficulté de prise en charge, du manque de temps avec un risque que la consultation pédiatrique soit plus longue ou encore un rapport temps/rémunération pas suffisamment attractif. La connaissance des techniques de sédation est probablement

indispensable pour les soins dentaires des jeunes enfants. Il existe des formations complémentaires des chirurgiens-dentistes par des diplômes universitaires ou inter-universitaires dans différentes universités d'odontologie de France (8).

Il a également été mentionné la baisse de la démographie médicale concernant les médecins généralistes ainsi que les structures de PMI. La population pédiatrique est élevée dans le département avec un taux de natalité supérieure à la moyenne nationale (44) et le département n'échappe pas à la baisse de la démographie médicale alors qu'il a une densité médicale inférieure à la moyenne nationale (avec 125,2/100 000 habitants de généralistes contre 155,9/100 000 au niveau nationale) (45).

d. Axes d'amélioration proposés par les médecins :

Lorsque la question de proposition d'amélioration a été posée, certains médecins ont souligné l'importance d'un rappel informatif par des interventions brèves qui pourraient être faites par la sécurité sociale ou bien réalisées dans le cadre d'une Formation Médicale Continue, ou lors d'un congrès médical. Les Formations Médicales Continues (FMC) sont essentielles, celles-ci proposent peu d'ateliers sur ce sujet actuellement et sont plus axés sur la mise au point de la prescription du fluor. Quelques articles sur cette prescription ont été publiés dans la revue médicale Prescrire. Il existe également les congrès pour rester informé. Lors du congrès de médecine générale de 2016, une conférence a été réalisée concernant « l'enfance et inégalités sociales de santé » mettant en lumière ce problème pour les enfants de foyers précaires, ce qui a inspiré ce travail de thèse.

Les médecins citent également des fiches mémos de recommandation. Le conseil général du département de la Seine-Saint-Denis a émis des plaquettes d'information à destination des professionnels de santé (24). Qu'en est-il de leur réception ? Aucun médecin interrogé ne m'a

parlé de documents du conseil général. Il existe donc une faille entre les moyens mis en œuvre et l'action préventive telle qu'elle est réalisée. Certains médecins minorent l'intérêt de ce système de diffusion à cause du flux important de plaquettes informatives leur parvenant et qu'ils ne peuvent pas toute lire.

Les formations existent donc mais une bonne diffusion de ces informations est nécessaire pour mettre en lumière l'importance de ces sujets et ainsi susciter de l'intérêt pour cette thématique.

La formation des parents a également été soulevée. Le professionnel de santé est un interlocuteur primordial pour les parents et le médecin généraliste a un rôle central d'éducateur dans ce problème puisque nous avons vu que les enfants étaient principalement suivis par le médecin généraliste. Malheureusement certains parents ont déclaré ne pas recevoir d'informations et les informations reçues ont été majoritairement données par les dentistes (36). Un renforcement de l'éducation à la santé des parents et des enfants serait favorable, de par les médias ou autres sources d'information. Il existe pour les parents des fiches informatives émises par le département pour permettre de susciter de l'intérêt et de rendre de l'importance à la sphère buccale de leurs enfants (25). L'association UFSBD a également mis à disposition sur son site internet des fiches d'information à destination des parents sur la prise en charge des dents de leurs enfants avec des aides au brossage, l'apport ou non du fluor, le rôle alimentaire dans la protection dentaire (46).

Pour beaucoup de parents l'accès à ces informations peut être difficile. Il serait intéressant de savoir si les parents en situation de précarité ont bien reçu ces informations et s'ils ont augmenté leur connaissance ensuite (n'oublions pas le problème de l'illettrisme).

Certains médecins m'ont parlé d'une amélioration des moyens, que ce soit pour les médecins généralistes mais également pour les autres acteurs de cette prévention, les PMI et les

chirurgiens-dentistes. Car la question se pose, les médecins généralistes auront-ils la capacité de tout faire, devant l'augmentation de la prise en charge pédiatrique dû au fait de la baisse de la démographie médicale ? L'augmentation des moyens de ces professionnels de santé permettrait donc une amélioration de l'accès aux soins et l'information des patients.

Une autre idée a également émergé sur le fait d'instaurer une consultation obligatoire bucco-dentaire à un certain âge. Pour la plupart des médecins, l'âge recommandé est de 3-4 ans. Ces consultations pourraient être réalisées par les médecins généralistes ou par les chirurgiens-dentistes, et pourraient être prise en charge par l'Assurance maladie comme pour les examens obligatoires de 9 mois et 24 mois. Ou bien mettre en place le programme M'T dents à partir de 3 ans au vu des recommandations HAS qui conseillent une évaluation bucco-dentaire à cet âge.

Les pouvoirs publics ont conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire puisque le programme M'T dents a récemment été modifié pour intégrer les jeunes adultes de 21 et 24 ans (19) et un accord a été signé en juin 2018 par les chirurgiens-dentistes afin de proposer une offre de soins prothétique qui soit intégralement remboursée par l'assurance maladie et les organismes complémentaires sans reste à charge pour les patients (47). Une proposition de prise en charge pour les plus jeunes serait donc souhaitable et envisageable.

Certains médecins voudraient une implication des chirurgiens-dentistes et des PMI pour leur communiquer des rappels de prescription et pour la création d'un carnet d'adresses avec des pédo-dentistes. Mais également la continuité des soins par des chirurgiens-dentistes pour la prise en charge infantile. En cela la formation des dentistes à la prise en charge infantile est primordiale ainsi que la coopération entre les deux professions. Une étude a montré que la relation entre les médecins et les chirurgiens-dentistes était minime, cela étant lié à une méconnaissance de leur domaine de compétence et engendrait une insuffisance de

coordination dans la prise en charge. Alors que deux études anglaises ont montré qu'il existait une grande amélioration de la prise en charge des patients lors qu'un cabinet médical et un cabinet dentaire étaient coordonnés (48–50). L'amélioration de la communication entre les médecins et les chirurgiens-dentistes est donc essentielle afin d'optimiser la prise en charge des patients. Une cartographie de l'offre de soins pédo-dentiste serait également souhaitable.

D. Perspectives :

Des perspectives sont ressorties de ce travail de thèse, après exploration des axes d'amélioration proposés par les médecins interrogés.

L'éducation à la santé des patients est un point essentiel afin de rendre les parents ainsi que leurs enfants, acteurs de la santé bucco-dentaire. Les professionnels de santé ont un rôle dans cette formation. Cet apprentissage pourrait également être renforcé par les éducateurs de la prévention bucco-dentaire déjà présents dans le département de Seine-Saint-Denis. Des séances d'éducation spécialement conçus pour les parents et leurs enfants pourraient être envisagées avec eux en milieu scolaire ou dans un milieu associatif. Les patients pourraient également être informés à l'échelle nationale via des messages télévisuels afin de les sensibiliser sur le sujet.

Pour les chirurgiens-dentistes, la majoration de la formation de la prise en charge pédiatrique et un recensement avec une cartographie de ces professionnels pourraient permettre d'améliorer la continuité des soins.

Pour les médecins généralistes, la distribution de rappels d'information pourrait être envisagée via des rappels de la sécurité sociale ou par fiches informatives, la formation

médicale continue pourrait proposer des ateliers. Le renforcement de la formation universitaire auprès des internes de médecine générale pourrait également être envisagé.

Une amélioration des liens avec les différents partenaires de santé bucco-dentaire et des partenaires sociaux permettrait une meilleure coordination des soins. L'idée du dossier partagé serait une idée à examiner, ainsi qu'aider les parents dans leur prise en charge sociale afin de voir s'ils peuvent bénéficier d'aide pour la prise en charge des soins dentaires.

Une consultation bucco-dentaire obligatoire totalement prise en charge par l'Assurance maladie à l'âge de 3 ans pourrait être considérée, soit via le programme M'T dents, soit de manière autonome comme pour les consultations obligatoires déjà mises en place aux âges de 8 jours, 9 mois et 24 mois. Cette consultation pourrait être réalisée par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste ou encore le médecin de PMI. Et elle pourrait être accompagnée d'un programme national de sensibilisation par les médias ou autres organes de diffusion afin de susciter l'intérêt de la population à cette prévention.

Malheureusement toutes ces actions ne peuvent être envisagées que si des moyens sont injectés auprès de tous ces acteurs de prévention, que ce soit le médecin, le chirurgien-dentiste, les PMI, ou encore les éducateurs des équipes techniques locales et autres professionnels de la petite enfance (assistance maternelle, personnels de haltes garderies, infirmières scolaires, ...). Devant une démographie médicale en baisse dans le département, cette action reste primordiale.

Un autre travail de thèse pourrait approfondir le ressenti des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes concernant une collaboration dans le cadre d'une coordination de soin pour cette prévention pédiatrique. Le but serait d'améliorer cette prise en charge multidisciplinaire.

V. CONCLUSION

La santé bucco-dentaire des plus jeunes s'améliore d'année en année mais malheureusement les populations les plus précaires sont encore celles qui ne bénéficient pas toujours des soins nécessaires. Nous avons vu dans notre étude que les médecins généralistes reconnaissent leur place centrale dans le suivi de cette population et pour laquelle la prévention bucco-dentaire est importante.

Bien sûr des difficultés existent dans la pratique des médecins liées d'une part aux manques de connaissances en santé bucco-dentaire des parents et d'autre part aux difficultés d'application des recommandations actuelles par les médecins. Nous retrouvons également des problèmes socio-démographiques, socio-économiques ou encore structurels dans la réalisation de la prévention bucco-dentaire.

Cependant des propositions d'amélioration ont été soulignées.

Bien qu'il existe un programme de prévention bucco-dentaire présent depuis plus de trente ans dans le département, cette prévention bucco-dentaire chez les plus jeunes est à soutenir et à renforcer auprès de tous les acteurs de prévention de la petite enfance, que ce soit les animateurs, les professionnels de santé et les professionnels de la petite enfance, de par la formation mais également par une augmentation des moyens.

Les pouvoirs publics reconnaissent cette importance et font des efforts en ce sens mais les plus jeunes ne sont pas encore concernés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Organ Mond Santé. 2003;48.
2. OMS | Santé bucco-dentaire [Internet]. WHO. 2017 [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
3. Fénina A. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. IRDES Quest Déconomie Santé. juill 2006;(111):8.
4. Promouvoir la santé bucco-dentaire. Santé Homme INPES. févr 2012;(417):52.
5. Khadra-Eid J, Baudet D, Fourny M, Sellier E, Brun C, François P. Élaboration d'un score de dépistage des enfants à risque du syndrome du biberon. Arch Pédiatrie. 1 mars 2012;19(3):235-41.
6. AFSSAPS A. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. J Pédiatrie Puériculture. juill 2009;22(4-5):235-40.
7. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES Etudes Résultats. juill 2013;(847):6.
8. Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Doss Petit Enfant - Dir Générale Santé [Internet]. 24 mai 2006; Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf
9. Courson F, Assathiany R, Vital S. Prévention bucco-dentaire chez l'enfant : les moyens dont on dispose. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):776-7.
10. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. The Lancet. 6 janv 2007;369(9555):51-9.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Infant Oral Health Care. Clin Pract Guidel Refecence Man. 2016 2015;37(6):146-50.
12. UFSBD. La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 en France, en 2006. Dir Générale Santé [Internet]. 16 nov 2006; Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
13. 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 [Internet]. HAS; 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/risque_carieux_synthese_recos.pdf

14. Haute Autorité de Santé - Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
15. American Academy of Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. Oral Health Policies Ref Man. 2018 2017;39(6):59-61.
16. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early Childhood Caries. Int J Dent [Internet]. 2011 [cité 5 août 2018];2011. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191784/>
17. Ministère chargé de la santé. Carnet de santé, CERFA N°12593*02 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
18. DUBURCQ anne, COUROUVE L, VANHAVERBEKE N. Evaluation auprès des parents du carnet de santé n° CERFA 12593μ01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). DGS CEMKA-EVAL. avr 2012;57.
19. M'T dents [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
20. Chiffres clés par thématique [Internet]. UFSBD. [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/espace-presse/chiffres-cles-par-thematique/>
21. La santé observée en Seine-Saint-Denis - Fiche : Pauvreté, précarité - Observatoire régional de santé Île-de-France - 15 rue Falguière 75015 Paris - Tel : 01 77 49 78 60 [Internet]. 2018 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/191-groupes-de-population/populations-en-vulnerabilite-sociale/718-la-sante-observee-en-seine-saint-denis-fiche-pauvrete-precarite>
22. Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU) - IRDES [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm>
23. Beynet A. Problèmes dentaires et précarité. Paris: CREDES;(509) 2002. [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1369.pdf>
24. Conseil Général 93. Prévention bucco-dentaire - Guide à destination des professionnels. 14 oct 2014;8. [Internet]. Disponible sur : <https://seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide-bucco-pro.pdf>
25. Conseil Général 93. Prévention bucco-dentaire - Guide à destination des parents. 14 oct 2014;12. [Internet]. Disponible sur : <https://seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide-bucco-parents.pdf>
26. Observatoire régional de santé Île-de-France. La santé observée en Seine-Saint-Denis - 2.3.1 Les chirurgiens dentistes [Internet]. Observatoire régional de santé Île-de-France. 2012. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/tab93_2013_07/fiche2_3_1.pdf

27. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES Etudes Résultats. Août 2007;(588):8.
28. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
29. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V, Saint-Lary O, Comité d’Ethique du CNGE. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. exercer. sept 2017;Hors-Série(135):327-34.
30. Barbet-Massin C. La carie précoce de l’enfance: le point de vue de médecins généralistes et de pédiatres d’Aquitaine – Poitou-Charentes – Limousin : [Thèse d’exercice] : Bordeaux : 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01356427/document>
31. Union Régionale des Caisses d’Assurance Maladie (URCAM) du Centre. Prescription de fluor par voie générale et prévention de la carie. Plan régional de l’Assurance Maladie. Année 2003. 2003;64.
32. Brun A. La supplémentation fluorée chez les enfants de 0 à 6 ans: enquête sur les pratiques d’un échantillon de médecins généralistes dans les départements de Paris et de l’Essonne. [Thèse d’exercice]: Paris Descartes : 2014 : 136.
33. Assathiany R, Salinier C, Opsahl-Vital S, Courson F. Connaissance et application par les pédiatres ambulatoires des recommandations de l’Afssaps sur la prescription de fluor. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):778-9.
34. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don’t physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
35. Martinot A, Cohen R. De l’élaboration à la diffusion des recommandations de pratique clinique : quels éléments favorisent leur application ? Arch Pédiatrie. juin 2008;15(5):656-8.
36. Latil M. Informations de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et les chirurgiens-dentistes en Midi-Pyrénées [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
37. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d’enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. [Internet]. [cité 1 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/51866/resultatrecherche/1>
38. Soins et prothèses dentaires [Internet]. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>
39. Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l’agglomération parisienne: déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Rapp Rech Pour DREES Inserm-00645136. 30 sept 2011;66.

40. Schaudel J-S. Quels sont les freins à la prévention et aux soins bucco-dentaires du médecin généraliste? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2015.
41. GENESTE A. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire chez l'enfant de 0 à 3 ans par le médecin généraliste en Sarthe.[Thèse d'exercice] [Internet]. NANTES; 2011. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/6c5a4282-04c7-490b-ac5b-812125354da1>
42. Abdoul H, Askevis M, Bachimont J, Demongeot A, Falcoff H, Florès P, et al. RAPPORT FINAL DE RECHERCHE 30 JUIN 2008 : Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients. 30 juin 2008;161.
43. ARS ILE DE FRANCE. Schéma d'organisation des soins: Projet régional de santé (2013-2017), partie ambulatoire, le volet Bucco-dentaire. 7 déc 2016; Disponible sur: <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire.pdf>
44. Focus : La Seine-Saint-Denis à tous les âges. Serv L' Obs Dép Dir St Ratégie L'organisation L'évaluation – Dép Seine-St-Denis. avr 2015;(1):8.
45. Observatoire régional de santé Ile-de-France. La santé observée en Seine-Saint-Denis - 2.2 Les médecins [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tabord93MaJ2014_janv2015/fiche_2-2_WEB.pdf
46. Vidéos et Fiches patients [Internet]. UFSBD. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/fiches-patients/>
47. Prise en charge des soins bucco-dentaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/prise-en-charge-des-soins-bucco-dentaire>
48. Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougou B, Hervé C, Moutel G. La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients. Presse Médicale. avr 2008;37(4):564-70.
49. Mason DK, Gibson J, Devennie JC, Haughney MG, Macpherson LM. Integration of primary care dental and medical services: a pilot investigation. Br Dent J. 22 oct 1994;177(8):283-6.
50. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. Br Dent J. 11 avr 1998;184(7):343-7.

ANNEXES :

Annexe 1 : Recommandation HAS : Évaluation du risque carieux :

Encadré n° 1 : Comment évaluer le risque de carie individuel ?

- Classer en « **RCI élevé** » les patients présentant au moins un des facteurs de risque individuels suivants :
 - Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
 - Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons)
 - Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
 - Sillons¹ anfractueux² au niveau des molaires
 - Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation
 - Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail)
- Classer en « **RCI faible** » les patients ne présentant aucun de ces facteurs de risque individuels

1. sillons : ensemble des zones de congruence de la surface amélaire

2. anfractueux : sillons profonds et étroits à l'examen clinique simple

Abréviations : RCI : risque carieux individuel ; MS : matériau de scellement

Annexe 2 : Recommandations ANSM : utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant :

TABLEAU RECAPITULATIF : Utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant.

	0-6 mois Nourrisson sans dent*	6 mois-3 ans Mise en place des dents tempo- raires - Autonomie/motricité de l'enfant en cours d'acquisition	3-6 ans Denture temporaire stable - Acquisition de l'autonomie/ motricité de l'enfant	Après 6 ans Mise en place des dents permanentes
Enfant à faible risque carieux	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation annuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	Topique : Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm
Enfant à risque carieux élevé	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation biannuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (vernis, gels...) prescrites et/ou appliquées par un chirurgien-dentiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte. <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	- Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm. Un dentifrice à plus forte teneur en fluor est possible à partir de 10 ans. - Possibilité d'utiliser un bain de bouche fluoré.
Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche ou gouttes, répartis en 2 prises, à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	- Comprimés : à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus		

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

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



LES PREMIÈRES DENTS

La première dent apparaît généralement au cours de la première année. Aux environs de 30 mois, votre enfant aura ses 20 dents de lait.

Hygiène dentaire

Les bonnes habitudes se prennent tôt :

- nettoyez ses premières dents tous les soirs ;
- dès l'âge de 2 ans, nettoyez-les matin et soir.

Progressivement, avec votre aide, votre enfant va apprendre à se brosser les dents seul. Continuez à surveiller le brossage et à l'aider tant qu'il ne sait pas se brosser les dents de manière efficace et régulière.

L'enfant doit avoir sa propre brosse à dents. Elle doit être souple et d'une taille adaptée à son âge.

Les boissons et les produits sucrés sont à l'origine des caries. Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau, pendant et en dehors des repas.



Les examens bucco-dentaires*

La première consultation chez un dentiste est conseillée dès 3 ans.

Ensuite, il est recommandé de consulter deux fois par an.

À 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, votre enfant peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire de prévention gratuit.

Votre dentiste remplira les pages 88 à 92 du carnet de santé.

Les traumatismes dentaires

En cas d'accident ou de chute, il faut consulter votre chirurgien-dentiste, même s'il s'agit d'un simple choc.

* Pour plus d'information voir le site www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents.

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé :

CARACTÉRISTIQUES

1. Pourriez-vous vous présenter ?
 - Age
 - Sexe
 - Lieu d'exercice
 - Année d'exercice
 - Mode d'exercice : cabinet seul ou en groupe, libéral/maison de santé/CMS/PMI
 - Statut : Tuteur / maître de stage / remplacement
 - Population pédiatrique : connaissez-vous votre pourcentage d'enfants sur le relevé SNIR ?
 - Pourcentage de CMU/ALD

QUESTIONS GÉNÉRALES

2. Qu'est-ce qu'est pour vous la prévention bucco-dentaire ?
3. Avez-vous vu beaucoup d'enfant ayant des caries ?
 - Si oui : Que faites-vous ? Dentiste, programme M'T dent
 - Si non : pourquoi à votre avis ? (HAS : 20-30% enfants de moins de 6 ans, avait au moins une carie non soignées)

LA PLACE DE LA PRÉVENTION

4. Concernant les enfants qui ont moins de 6 ans, quelle est, selon vous, la place de la prévention bucco-dentaire ?
 - Si important : pourquoi ?
 - Si pas important : pourquoi ?

DIFFICULTEES / LIEU D'EXERCICE

5. Lors de vos consultations des enfants de moins de 6 ans, abordez-vous ces questions de prévention ?

- Si oui : À quel moment ? (consultation dédiée/consultation certificat obligatoire), quelle âge ?
- Si non : pourquoi ? Temps ?

6. Est-ce facile à aborder ou non ?

- Si facile : comment faites-vous pour l'aborder ? Carnet de santé ? Population à risque
- Trouvez-vous que la prévention bucco-dentaire peut être difficile à aborder ou la réaliser ?
 - **Si difficile à aborder ou réaliser : Pourquoi ?** Quels sont les **Freins** ? Le temps ? Pensez-vous que l'âge des enfants peut être un frein ? Manque d'intérêt (dents de lait) ?

7. Selon vous, en exerçant en Seine-Saint-Denis, rencontrez-vous des difficultés dans votre pratique et dans la prise en charge ?

- Compréhension des parents
- Intérêts différents, éducation à la santé (hygiène bucco-dentaire) en crèche/maternelle/cabinet médical
- Finance et coût des soins dentaires
- Défaut de contact avec les dentistes, difficulté d'accès

LES PRATIQUES

8. Comment prévenez-vous les caries chez les enfants de moins de 6 ans ?

- Comment repérez-vous les possibles populations à risque ?

- Comment la prenez-vous en charge ?

9. Comment mettez-vous en place la prise du fluor ou les recommandations de l'HAS ?

10. Avez-vous le souvenir d'une consultation concernant la prévention bucco-dentaire chez un jeune enfant ?

LA PLACE DU MG

11. Comment percevez-vous la place du médecin généraliste dans cette prévention ?

- Place du MG/Rôle du MG

AXE D'AMÉLIORATION

12. Selon vous, comment pourrait-on améliorer la réalisation de la prévention bucco-dentaire pour cette population auprès des médecins généralistes ?

13. Avez-vous des questions, des remarques concernant cet entretien ?

Annexe 5 : Caractéristiques de la population étudiée :

<i>Médecin</i>	<i>Genre</i>	<i>Âge</i>	<i>Lieu d'exercice</i>	<i>Année d'exercice</i>	<i>Mode d'exercice</i>	<i>Mode d'installation</i>	<i>Status universitaire</i>	<i>% enfants</i>	<i>% ALD/CMU</i>
M1	F	47	Aubervilliers La Courneuve	2003	Cabinet de groupe PMI	Libéral Salariée	Maître de stage	60 %	60 %
M2	F	30	Aubervilliers	2015	Cabinet de groupe	Libéral remplacement	0	40-50 %	60-65 %
M3	F	47	Epinay s/Seine	1998	MSP	Libéral	Maître de stage	33 %	33 %
M4	F	31	Aubervilliers Neuilly-plaisance	2016	Cabinet de groupe CMS	Libéral remplacement Salariée	0	40 %	40-50%
M5	M	40	Noisy-le-Sec Tremblay-en-France	2005	CMS Cabinet seul	Salarié Libéral	Maître de stage	66 %	15 % (cabinet) 7 % (CMS)
M6	M	49	Noisy-le-Sec	2000	CMS	Salarié	Maître de stage	30 %	7 %
M7	M	30	Epinay s/seine Aubervilliers	2016	Cabinet de groupe	Libéral remplacement	0	15-20 %	60 %
M8	F	34	Sevran	2012	Cabinet de groupe	Libéral	0	40 %	70 %
M9	F	36	Epinay s/seine	2011	MSP	Libéral	Assistante universitaire DMG et maître de stage	28 %	40 % (ALD) 23 % (CMU)
M10	M	30	Epinay s/seine	2017	MSP	Libéral remplacement	0	15-20 %	60-70 %
M11	M	63	La Courneuve	1981	Cabinet seul	Libéral	0	30 %	60 % (ALD) 30-40 % (CMU)
M12	F	30	Aubervilliers	2015	Cabinet de groupe	Libéral	0	20 %	80 %
M13	M	35	Saint-Denis	2009	Centre de Santé associatif	Salarié	Maître de conférence associée DMG et maître de stage	35-40 %	30-35 % (CMU)

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

CMS : Centre municipal de santé

DMG : Département de médecin général

Annexe 6 : Entretien 11 :

Entretien 11, M, rec 37-38, 14min20

- alors merci de m'accorder cet entretien, je vais commencer par des questions de présentation. Quel âge avez-vous ?

M : 63

- où exercez- vous ?

M : ici à la cité des 4000, à la Courneuve.

- depuis quand exercez-vous ?

M : depuis 1981

- et comment vous exercez- vous, en cabinet seul de groupe ?

M : en cabinet seul

- est ce que vous avez un status universitaire ?

M : non

- est ce que vous savez le pourcentage d'enfant que vous voyez à peu près ?

M : 30 %

- et le pourcentage de CMU/ ALD que vous voyez ?

M : alors ALD je crois qu'on est à 60 % à peu près et CMU on doit être à 30-40 %.

- pour commencer qu'est-ce que pour vous la prévention bucco-dentaire ?

M : bah c'est fondamental la prévention bucco-dentaire parce qu'on voit des enfants avec des caries épouvantables, on voit des enfants, hum...tout ça ça considère à l'hygiène de vie. Et en réalité c'est pas tellement la prévention bucco-dentaire, c'est par le biais de la prévention bucco-dentaire qu'on se rend compte de la qualité de vie des enfants. Comment ils vivent ? Comment ils sont alimentés ? Et est ce qu'ils sont bien suivi ou pas ? C'est sûr que quand on voit des bouches affreuses chez les enfants sauf les formes familiales d'anomalies dentaires. Il y a des problèmes familiaux qui sont comme ça malheureusement, les enfants naissent et les parents avaient les mêmes problèmes, etc. Mais on voit bien dans l'état bucco-dentaire si les enfants sont gérés et s'ils sont tenus, et comment ils sont entretenus. Voilà pour nous c'est des révélateurs importants pour le suivi de nos enfants.

- et du coup vous en avez vu beaucoup des enfants qui ont des caries ?

M : il n'y a pas que des caries, voilà il y a des problèmes de sous-alimentation ou d'alimentation trop restrictive avec des enfants mal nourris de base, oui beaucoup oui, bien sûr. On est dans une zone relativement paupérisée et c'est vrai qu'il y a des enfants qui mangent pas toujours de façon équilibré. En tout cas, insuffisamment non parce que les parents arrivent à les bourrer avec des pâtes et des pommes de terre mais c'est vrai qu'il y a des manques de protéines, c'est vrai que les doses de fluor sont pas données, c'est vrai que la vitamine D n'est pas toujours donnée aux enfants et tout ça c'est à nous de contrôler. Et on a, même en France aujourd'hui, on a déjà vu des cas, enfin au cabinet on en a vu, des cas de rachitisme. Donc vous voyez bien le problème c'est vraiment ... ça nécessite une éducation. Ça nécessite la prévention via de notre part à surveiller nos enfants bien évidemment mais aussi à éduquer. À éduquer les parents qui doivent éduquer leurs enfants oui. Expliquer que le brossage c'est important, que prendre la vitamine D c'est important. Ne pas oublier que la

vitamine D, globalement les parents, les familles leur donnent jusqu'à 2 ans alors que dans les pays anglo-saxons on en donne jusqu'à 18 ans. On a quand même donc un décalage en France par rapport à la prévention, qui n'est pas acceptable dans un pays développé comme le nôtre. Voilà.

- et hum bah du coup, comme c'est recentré vraiment concernant les moins de 6 ans, quelle est pour vous la place de cette prévention bucco-dentaire, pour ces tout petits ?

M : hum, déjà c'est tous les problèmes d'hygiène. Apprendre à un enfant même en très bas âge à se brosser les dents régulièrement, lui expliquer que manger trop de bonbons c'est pas bon, c'est pas forcément bien, expliquer aux parents que donner de la vitamine D peut avoir des supplémentations en fluor, pas régulièrement mais de temps en temps bien évidemment. Tout ça c'est important, c'est vraiment une éducation sur l'hygiène déjà de base. L'hygiène, les comportements alimentaires, il faut éduquer les parents, c'est notre seule arme possible.

- c'est sûr. Et vous abordez ces questions de manière facile ? Enfin vous arrivez à ...

M : très simplement. J'ai un rapport très direct avec mes patients qui ont, qui me connaissent bien, qui ont confiance en moi et si je leur dis quelque chose je leur dis gentiment, je leur dis pas de façon agressive, je les culpabilise pas.

Sonnette de la porte, arrêt de l'enregistrement, le médecin va ouvrir la porte. Puis reprise de l'entretien.

- Est ce que vous pensez qu'il peut y avoir des freins à aborder ces questions ?

M : bien sûr, bien sûr qu'il peut y avoir des freins. On peut difficilement avoir, quand on voit des bouches très cariées, etc. alors que c'est familiale grosso modo. Les anomalies dentaires parfois sont familiales. Enfin des anomalies, il y a des mômes à qui on arrache toutes les dents parce que les parents pareils, etc, donc pff, c'est pas forcément alimentaire. Je suis pas vraiment dentiste ou stomato donc c'est un problème à approfondir mais c'est vrai qui faut faire avec beaucoup de tact et pour ne pas blesser les gens. Mais c'est vrai qu'à un moment il faut dire les choses de toute façon. On le dit comme on peut mais il faut les dire, il ne faut absolument pas laisser passer les choses, il ne faut jamais rien laisser passer d'ailleurs sur aucun plan, c'est leur santé c'est important ils viennent nous voir pour ça et ils nous payent pour ça, même si parfois les mots dits sont peut-être mal pris ou de façon désagréable. Mais c'est notre boulot.

-et vous avez déjà eu des patients ou des parents qui ont mal pris ce que vous leur avez dit ou ... ?

M : non je pense pas non, j'en ai pas le souvenir en tout cas. J'en ai pas le souvenir, ou peut-être simplement, non mais vous savez docteur on lui lave les dents régulièrement, quoi, voilà. Juste parfois une remarque de défense mais tout le monde n'est pas agressif où on les culpabilise et où on leur explique que c'est tout simplement important. Même si l'enfant ne veut pas parce que les enfants sont parfois réticents et ce sont des êtres à part entière qui ont le droit de s'opposer, qui s'opposent, alors c'est un problème d'éducation.

- vous, du coup, en exerçant en Seine-Saint-Denis, vous en avez déjà parlé au niveau de l'alimentation mais est-ce que vous avez rencontré d'autre difficulté vis-à-vis de cette prévention bucco-dentaire ?

M : c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est vraiment, penser vraiment à donner aux enfants une alimentation variée, riche en vitamine, bien donner sa vitamine D aux enfants, etc, etc. Qui sont des choses très importantes et l'hygiène, bien sûr c'est

- et est-ce que vous avez eu des problèmes vis-à-vis de l'accès, je ne sais pas, aux dentistes ou ce genre de chose au niveau des soins ?

M : ah c'est très compliqué. D'abord parce que vous parlez des enfants. Déjà les adultes c'est compliqué mais alors les enfants encore plus parce que les enfants les dentistes aiment pas, enfin les dentistes non spécialisés dans les enfants. Ils n'aiment pas trop parce que les enfants c'est parfois difficile. Il est difficile d'asseoir un enfant sur un fauteuil, il est difficile de le maintenir, il est difficile de lui mettre des doigts dans la bouche et voilà donc heu... Récemment une maman m'expliquait qu'il y avait un problème sur une dent d'un enfant qu'elle pouvait pas soigner parce qu'elle avait mordue le médecin deux fois et que le dentiste lui avait dit la 2^e fois, bah non là je peux pas. Donc c'est vrai qu'il faudrait vraiment peut être des consultations plus large de dentiste spécialisé comme ça en pédopédiatrie. Et ça peut être que là. Mais il faut déjà une équipe parce qu'un enfant il faut le tenir surtout quand on veut faire un soin qui parfois est douloureux. Ne serait-ce qu'une anesthésie dès fois.

-Et comment vous vous prévenez les caries chez les moins de 6 ans ? j'ai entendu du coup pour l'alimentation, j'ai entendu les conseils, est ce que vous avez d'autres méthodes de prévention ?

M : non je pense que j'en ai pas d'autres spécialement. On fait attention à ce que les enfants soient bien. Non je pense que les choses de bases, c'est ça les choses de bases, c'est vérifier que les enfants sont bien alimentés, que l'alimentation soit bien variées, qu'ils ont les compléments vitaminiques suffisants et que les parents font bien attention aux problèmes d'hygiène. Je crois que c'est nécessaire.

-En parlant justement de complément vitaminique est ce que justement vous prescrivez du fluor par exemple ?

- Ça nous arrive bien sûr chez les enfants qui font beaucoup de carie. Oui bien sûr avec la vitamine D c'est la base. Souvent à manier avec beaucoup de délicatesse, hein vous savez, d'accord.

- oui. Et est-ce que vous avez une autre anecdote ou un autre souvenir justement de consultation de prévention bucco-dentaire chez les enfants de moins de 6 ans ?

M : d'anecdote drôle, non (rire). Je m'en souviens pas, je m'en souviens pas mais c'est vrai que ça m'est arrivé plusieurs fois de trouver des caries chez des enfants qui avaient mal aux dents. Il y a pas très longtemps, je crois la semaine dernière, un petit gamin qui vient me voir avec une tuméfaction de la joue avec la gencive très enflammée qui était liée à un problème de carie et les parents qui disent « ah mais non non, vous lui donnez juste un petit traitement et ça va aller quoi ». Donc là ça pouvait pas passer quoi. Ça pouvait pas passer donc tant que l'enfant avait mal et que c'était pas une angine, on me l'avait emmené pour une angine alors que c'était un problème dentaire. Mais le problème est toujours là c'est toujours l'accès aux dentistes pour les jeunes enfants.

-Et vous aviez fait quoi du coup dans ce cas-là

M : et bah on a soigné l'abcédation en expliquant que le fait de soigner l'abcès était justifié dans le sens où le dentiste n'y aurait pas touché tant qu'il n'était pas sous traitement mais qu'il fallait absolument l'emmener aux urgences dentaires s'ils n'avaient pas de dentiste sous la main.

-et ça va ils l'ont bien pris puisque eux ils étaient parti sur l'angine ?

M : ils l'ont bien pris et ça les ennuyait parce que le dentiste ça coûte cher et puis il faut en trouver un etc, etc. Il y a aussi le problème du coût. Dans toutes nos prescriptions et nos conseils on ne peut pas négliger le coût des soins. Ça c'est compliqué, c'est compliqué. Les gens qui ont pas de moyens du tout du tout du tout, les dentistes sont bien mignons, ils sont gentils comme ils peuvent mais ils ne peuvent pas travailler gratuitement non plus. À la longue ça pose un frein bien sûr. L'accès aux soins, de par le coût. Bon déjà l'accès aux soins

parce qu'il y a très peu de dentiste qui prennent des enfants parce que c'est emmerdant, ça fait mal aux doigts quand ils mordent et ça crie, hein c'est pas, donc c'est pas agréable. Et deuxièmement il faut pouvoir payer les soins. Et ça c'est un autre problème aussi donc l'accès aux soins et le coût des soins ce sont deux freins qui sont très important. Plus évidemment l'éducation des parents, ça on l'avait mis en tout gros au début et ensuite l'accès aux soins et le coût des soins qui sont aussi des freins très important. C'est aussi pourquoi on voit des bouches qui sont souvent dans un état catastrophique. Après il y a la composante personnelle, la crainte, la peur, ne pas supporter la douleur, l'idée qu'on s'en fait mais tout ça c'est un travail.

-Et heu comment vous percevez la place du médecin généraliste dans cette prévention-là Vous m'aviez dit justement que c'était peut-être pas fait suffisamment donc est ce que vous considérez que le médecin généraliste, comment vous considérez la place du médecin généraliste ?

M : la place du médecin généraliste, alors là c'est une très bonne question que vous me posez parce que c'est la question fondamentale du médecin généraliste. Quelle est la place du médecin généraliste dans l'accès aux soins du patient et dans les soins ? C'est la première place. C'est à nous de soigner tous les types de pathologie qu'on va rencontrer, de pas laisser traîner ce genre de problème chez les enfants par exemple, pour revenir simplement aux problèmes dentaires. Mais la question que vous me posez c'est la question fondamentale de la place du généraliste dans la médecine. À votre avis quelle est cette place ? Voilà, la réponse vous la connaissez.

-Parce que certains médecins disent justement que c'est pas fait pour eux parce que c'est quelque chose de dentaire donc c'est plus les dentistes qui sont en premier

M : alors ? Alors alors ? Ils ont pas compris quel était leur contrat.

-c'est pour ça que la question se posait

M : le contrat est évident. On fait pas la médecine, la médecine générale est pas un choix par défaut. Quand c'est un choix par défaut alors on peut se défausser de tout, puisqu'on a fait un choix par défaut. Mais si c'est un choix de faire de la médecine générale c'est pour une prise en charge globale, avoir une vision holistique de notre patient. Tout ça ça n'a pas de sens, le reste, nous ce qu'on cherche en réalité c'est l'homéostasie et on peut pas laisser, soigner quelqu'un pour un problème cardiaque et lui laisser ses dents pourries parce que de toute façon la maladie de Rendu-Osler existe. Voilà, voilà la réponse vous l'avez, vous pouvez dire Rendu-Osler.

- comment pourrait-on améliorer la réalisation de la prévention bucco-dentaire auprès des médecins ?

M : l'éducation encore une fois ...

Interruption par la femme du médecin dans le cabinet.

M : répétez s'il vous plaît la question

- oui bien sûr, comment pourrait-on améliorer la réalisation de la prévention bucco-dentaire auprès des médecins généralistes ?

M : l'enseignement, l'enseignement. C'est très important il faut qu'il y ait, il faut que les gens puisse avoir accès à des cours pour des post-universitaires dans toutes les spécialités, dans toutes les spécialités, pourquoi pas la stomato et la dentisterie. C'est vrai qu'il faut quand même à un moment qu'on sache, quand le patient vienne nous voir, de savoir de quoi on parle. S'il nous présente une bouche et qu'on dit « bah écoutez, moi je sais pas c'est pas mon métier », il faut que ce soit notre métier aussi puisqu'on en voit bien les conséquences sur le

reste de l'organisme. D'accord. On peut pas, heu, sinusite chronique alors qu'on vient de lui mettre un implant dans le sinus. Donc on voit bien que l'acte du dentiste est quand même très important pour nous et peut impliquer des pathologies, ne serait-ce que l'acte en lui-même. Et que les soins que prodiguent les dentistes sont des soins locaux et que nous on s'occupe de tout un organisme donc on veut bien savoir ce qui se passe derrière la moindre petite racine dentaire. Et ça, ça passe par la formation, il faut de la formation post-universitaire, il faut de la formation continue et c'est de notre responsabilité. Parce qu'il est évident que les choses qu'on pratique pas et bien on les connaît pas et même si on les avait apprises on les a oubliés parce qu'on les pratique pas. Donc il faut avoir une formation la plus large possible et régulière.

- est ce que du coup vous avez des questions ou des remarques vis-à-vis de cet entretien ?

M : je vois que vous avez de très jolies dents, que vous vous en occupez bien, vos parents vous ont bien nourris (rire) et que vous avez une hygiène remarquable (rire)

- (rire) bah merci beaucoup en tout cas.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ :

Introduction : La santé bucco-dentaire est essentielle pour la qualité de vie et la carie dentaire est le troisième fléau mondial selon l’OMS. Les habitants du département de la Seine-Saint-Denis sont parmi les plus précaires de France et où les plus jeunes sont les plus victimes de carie. L’objectif de cette étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes de ce département sur la prévention bucco-dentaire des enfants de moins de 6 ans.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins exerçant en Seine-Saint-Denis.

Résultats : 13 médecins sont interrogés. La majorité rapporte l’importance de cette prévention et de leur rôle pour cette population. Ce qui est justifié par la fréquence des caries retrouvées et motivant le conseil de consulter un dentiste. Les causes de carie, les conseils et les moyens de prévention sont connus des médecins. Les principaux freins sont le manque de connaissances en santé bucco-dentaire des parents, les difficultés d’application des recommandations par les médecins, les problèmes socio-économiques et structureaux. Les médecins proposent d’améliorer l’éducation à la santé des parents, des moyens structureaux et d’offre de soins.

Conclusion : Cette étude montre l’adhésion des médecins à cette prévention et son importance mais aussi des difficultés qui persistent. Des axes d’amélioration sont à approfondir afin de faire progresser la prévention bucco-dentaire des enfants de moins de 6 ans.

MOTS-CLÉS :

Médecins généralistes / General Practitioners
Santé bucco-dentaire / Oral health
Pédiatrie / Pediatrics
Disparités d’accès aux soins / Healthcare disparities
Éducation en santé / Health literacy