

Prévention bucco-dentaire

Évaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire

Preventive dental check-up in teenagers living in Pays de la Loire region

Gonzalez B (*), Chaslerie A (**), Bouchat C (***), Castel MH (****), Dumais T (*****), Gillaizeau P (*****), Vrignaud F (*****), Gérard P (*****)

Résumé

Objectif : La convention entre les chirurgiens-dentistes et les caisses prévoit un bilan bucco-dentaire (BBD) destiné aux jeunes dès leur quinzième anniversaire, pour les inciter à consulter régulièrement le chirurgien-dentiste. L'étude visait à évaluer ce dispositif sur le plan médical.

Méthodes : Un échantillon de 1 335 adolescents de 15 ans a été aléatoirement sélectionné dans la région des Pays de la Loire. Les services médicaux des trois régimes d'assurance maladie ont recueilli et étudié d'une part les données déclaratives que les chirurgiens-dentistes traitants établissent au moment de l'examen de prévention et d'autre part la nature des soins consécutifs éventuels.

Résultats : L'indice CAO moyen (dents cariées – absentes – obturées) par adolescent se situait à 4,2 (IC : 4,1-4,3).

56,1 % (IC : 53,1-59,0) des adolescents ayant bénéficié du BBD n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée et présentaient un indice C (dent cariée) moyen plus élevé (2,2 ; IC : 2,0-2,4) que les adolescents qui avaient consulté un chirurgien-dentiste depuis moins d'un an (1,2 ; IC : 1,1-1,4).

Les adolescents n'ayant jamais eu de traitement d'orthopédie dento-faciale, majoritaires dans la population, présentaient également un indice C moyen plus élevé (2,0 ; IC : 1,8-2,2) que ceux concernés par un traitement ODF (1,5 ; IC : 1,3-1,7).

82,8 % (79,9-85,4) des adolescents ayant au moins une dent à traiter se sont fait soigner. Les soins consécutifs réalisés sont essentiellement les obturations coronaires 1 face (37,7 % ; IC : 36,0-39,5) et 2 faces (25,4 % ; 23,8-27,0), l'endodontie ne représentant que 4,2 % (3,5-5,0) des actes.

Le coefficient SC moyen par adolescent a été de 14,8 (12,7-16,9) chez les adolescents dont l'antériorité de la dernière visite chez un chirurgien-dentiste remontait à moins d'un an. Le coefficient SC moyen par adolescent a été de 21,3 (19,0-23,6) chez ceux dont l'antériorité de la visite remontait à plus d'un an.

Conclusion : Le BBD a concerné en majorité des adolescents dont le suivi chez un chirurgien-dentiste était incertain, et a induit des soins conservateurs précoces.

Le choix des adolescents de 15 ans comme cible du BBD a été pertinent en matière de besoins de soins. En cela, ce dispositif prouve son efficacité. Pour qu'il devienne un véritable instrument de prévention, il conviendrait de poursuivre et de développer la campagne de promotion du BBD.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:17-24

Mots clés : prévention bucco-dentaire, convention dentaire, dépistage bucco-dentaire, soins dentaires précoces.

Summary

Aims: Resolution 31 of the 1997 National Convention of French Dental Surgeons implements an oral check-up for children from the age of 15 years. In the absence of existing data, the UR CAM (mandatory health insurance plans regional union) of the Pays de la Loire region decided to study the medical results of this initiative.

Methods: A representative random sample of 1,335 teenagers was studied by the medical departments of the three participating mandatory health insurance services who analysed data collected from dentists who performed these preventive oral check-ups.

Results: The average index for decayed, missing or filled teeth per teenager was 4.2 (4.1-4.3). 5.6% (53.1-59.0) of teenagers who underwent the oral check-up had not consulted a dentist during the preceding year. This group had an average C index (index of decayed teeth) of 2.2 (2.0-2.4) versus an average C index of 1.2 (1.1-1.4) for teenagers who had consulted a dentist during the previous year. Teenagers who had no orthodontic treatment had an average C index of 2.0 (1.8-2.2) versus 1.5 (1.3-1.7) for those who had. 82.8% (79.9-85.4) of teenagers with one or more decayed teeth received appropriate treatment.

Subsequent care consisted primarily in one-sided (37.7% ; CI : 36.0-39.5) or two-sided fillings (25.4% ; CI : 23.8-27.0). Root canal treatment represented only 4.2% (3.5-5.0) of subsequent dental care.

Teenagers who had consulted a dentist within the preceding year had an average SC coefficient (coefficient of preventive care) of 14.8 (12.7-16.9). The same coefficient was 21.3 (19.0-23.6) in teenagers who had not consulted with a dentist during the preceding year.

Conclusion: This study confirmed the effectiveness of Resolution 31 of the 1997 National Convention of French Dental Surgeons. In order to ensure that it continue to play an important role in preventive dental care, its use should be encouraged.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:17-24

Key words: oral and dental prevention, oral and dental screening, early dental screening.

(*) Chirurgien-dentiste-conseil, Échelon local du service médical de l'assurance maladie de Saint-Nazaire (CNAMTS).

(**) Médecin-conseil, Échelon local du service médical de l'assurance maladie de Saint-Nazaire (CNAMTS).

(***) Chirurgien-dentiste-conseil, Échelon local du service médical de l'assurance maladie de Nantes (CNAMTS).

(****) Chirurgien-dentiste-conseil, Service médical de l'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) de Nantes.

(*****) Chirurgien-dentiste-conseil, Échelon local du service médical de l'assurance maladie de Laval (CNAMTS).

(*****) Chargé de mission à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire.

(*****) Chirurgien-dentiste-conseil, Échelon local du service médical de l'assurance maladie d'Angers (CNAMTS).

(*****) Chirurgien-dentiste-conseil, chef de service, Échelon régional du service médical de l'assurance maladie des Pays de la Loire (CNAMTS).

Adresse pour correspondance : Dr Philippe Gérard, Échelon régional du service médical de l'assurance maladie des Pays de la Loire (CNAMTS), 9, rue du Président Édouard-Herriot, BP 73403, 44034 Nantes cedex 1, e-mail : philippe.gerard@ersm-paysloire.cnamts.fr

INTRODUCTION

La Convention nationale des chirurgiens-dentistes de juin 1997 a, pour la première fois, prévu dans son article 31 un dispositif de prévention bucco-dentaire à l'intention des adolescents à partir de leur quinzième anniversaire, le bilan bucco-dentaire (BBD).

Cette campagne a pour objectif :

- de permettre à tous les jeunes atteignant l'âge de quinze ans de bénéficier gratuitement d'un examen complet de leurs dents et de conseils d'hygiène bucco-dentaire,
- de faciliter leur accès aux soins nécessaires ;
- de les inciter à retrouver régulièrement la fréquentation d'un cabinet dentaire.

Ce dispositif comporte deux étapes :

- l'examen de prévention bucco-dentaire qui permet de dresser un bilan de santé bucco-dentaire de l'adolescent ; ce bilan ne demande aucune avance de frais. Il peut être effectué chez n'importe quel chirurgien-dentiste conventionné libéral dans les trois mois suivant la date anniversaire ;
- si cet examen en révèle la nécessité, le chirurgien-dentiste établit un programme de soins conservateurs ou chirurgicaux. Ces soins sont alors remboursés à 100 % par l'assurance maladie s'ils sont effectués dans les six mois qui suivent l'examen de prévention.

Il est apparu opportun à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire de mettre en œuvre une évaluation de ce dispositif de prévention ; en effet, l'aspect novateur du BBD a pour corollaire une insuffisance d'informations sur l'efficacité de ce dispositif.

Cette étude a été réalisée, sur le plan médical, par les services médicaux des trois régimes d'assurance maladie dans le but :

- de mieux connaître le contexte de l'examen de prévention bucco-dentaire initial,
- d'analyser la nature des soins éventuels consécutifs à l'examen initial,
- de savoir si :
 - le ciblage de la campagne sur les adolescents de 15 ans a constitué un choix adéquat en matière de besoins de soins,
 - le bilan bucco-dentaire répond à un besoin de santé publique,
 - le bilan bucco-dentaire est un instrument de prévention pertinent.

MÉTHODES

1. Constitution de l'échantillon

La population cible était composée d'individus statistiques répondant à la définition suivante : adoles-

cents ayant eu 15 ans au cours de l'année civile 1998, résidant dans la région des Pays de la Loire et ayant bénéficié d'un examen de prévention entre le 1^{er} octobre 1998 et le 31 mars 1999 inclus suivi ou non de soins réalisés par un chirurgien-dentiste conventionné et remboursés par un des trois régimes d'assurance maladie signataires de la convention nationale.

Pour des raisons de faisabilité, ce travail n'a pas été réalisé sur l'ensemble de la population source mais sur un échantillon constitué à partir de la base informationnelle de l'Assurance Maladie.

L'un des objectifs de cette étude étant l'analyse des soins consécutifs à l'examen de prévention du bilan bucco-dentaire, nous avons utilisé les données issues d'une pré-étude afin de déterminer la taille de notre échantillon régional. Cette dernière avait montré que 30 % des examens de préventions bénéficiaient de soins dentaires consécutifs ; afin d'obtenir une précision i de 5 % avec une puissance (1-b) de 80 %, la taille de notre échantillon fut évaluée à 1 500 individus statistiques.

La population-source comportant un effectif de 7 500 adolescents, un sondage stratifié à deux degrés (sur le département et le régime d'assurance maladie) par tirage aléatoire avec une fraction de sondage au 1/5 a été retenu.

Une fois l'échantillon local ainsi constitué, les services administratifs des caisses ont communiqué aux services dentaires tous les documents de facturation émanant de chirurgiens-dentistes concernant ces adolescents et comportant des actes cotés avec les lettres-clés C, SC, DC, D, Z et réalisés entre le 1^{er} octobre 1998 et le 31 octobre 1999 (dates incluant le délai de réalisation des soins).

2. Recueil de l'information

Les sources d'informations ayant permis le recueil des données étaient de deux types :

- feuilles de bilans bucco-dentaires remplies par les chirurgiens-dentistes traitants et transmises aux services dentaires ;
- feuilles de soins consécutives à l'examen de prévention.

Dans chacun des cas il s'agissait de données déclaratives n'ayant pas fait l'objet d'un examen clinique du bénéficiaire par le chirurgien-dentiste conseil.

Pour chaque bénéficiaire une fiche de recueil a été renseignée à partir de ces deux sources d'information.

S'agissant d'adolescents, les indices C, A, O et CAO ont été calculés sur 28 dents (hors dents de sagesse).

L'indice CAO correspond au nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O), observées chez un sujet [1]. Dans l'échantillon, il peut donc

varier de 0 à 28. L'indice CAO moyen correspond à la somme des valeurs individuelles divisée par le nombre d'adolescents de l'échantillon.

Les données ont été traitées de façon strictement anonyme sans retour possible à l'identité du bénéficiaire et du praticien traitant.

3. Traitement des données

L'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels Epi-Info (version 6.04 c) et SPSS® (version 9.0).

Le test de comparaison des moyennes a été utilisé pour déterminer la signification statistique des différences observées pour les variables quantitatives ; pour les variables qualitatives, nous avons eu recours au test du Chi² ; les résultats sont donnés avec un intervalle de confiance pour un risque a (risque de première espèce) de 5 %.

RÉSULTATS

1. Population cible et échantillon

La population visée par la campagne de prévention bucco-dentaire était composée de 44 288 bénéficiaires ; parmi celle-ci, 7 500 adolescents ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire.

L'enquête a porté sur 1 335 adolescents nés en 1983, ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire réalisé entre le 1^{er} octobre 1998 et le 31 mars 1999, et ayant fait l'objet d'un remboursement dans la région des Pays de la Loire.

2. Données recueillies à partir de la fiche d'examen de prévention

2.1 Données générales

2.1.1 Les radiographies réalisées au cours de l'examen de prévention

- 74,9 % [IC : 72,6-77,2] des examens de prévention ont été réalisés sans radiographie ;
- 15,0 % [IC : 13,0-17,0] des examens de prévention ont été réalisés avec 2 radiographies ;
- 10,1 % [IC : 8,5-11,7] des examens de prévention ont été réalisés avec 4 radiographies.

2.1.2 L'antériorité de consultation

Cet item était renseigné par les chirurgiens-dentistes dans 85 % des cas.

56,1 % [IC : 53,1-59,0] des adolescents ayant bénéficié de l'examen de prévention pendant cette période n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée.

2.1.3. Dents obturées (indice O)

Le nombre moyen de dents obturées était de 2,2 [IC : 2,1-2,3] par adolescent.

40,3 % [IC : 37,6-43,0] des adolescents n'avaient aucune dent obturée (figure 1).

2.2. Les besoins en soins

2.2.1. Dents cariées (indice C)

Le nombre moyen de dents cariées par adolescent était de 1,8 [IC : 1,6-1,9] avec un maximum de 16.

55,6 % [IC : 52,9-58,3] des adolescents concernés avaient au moins une dent cariée.

44,4 % [IC : 41,7-47,1] des adolescents concernés n'avaient pas de dents cariées, mais pouvaient avoir une dent obturée ou absente (figure 2).

Les adolescents dont la dernière visite chez un chirurgien-dentiste remontait à plus d'un an ($n = 636$) présentaient une moyenne de dents cariées plus élevée que celle des adolescents dont la dernière visite remontait à moins d'un an ($n = 498$), respectivement 2,2 [IC : 2,0-2,4] et 1,2 [IC : 1,1-1,4] ($p < 0,0001$).

Les adolescents ayant ou ayant eu un traitement d'orthopédie dento-faciale (ODF) ($n = 580$), pré-

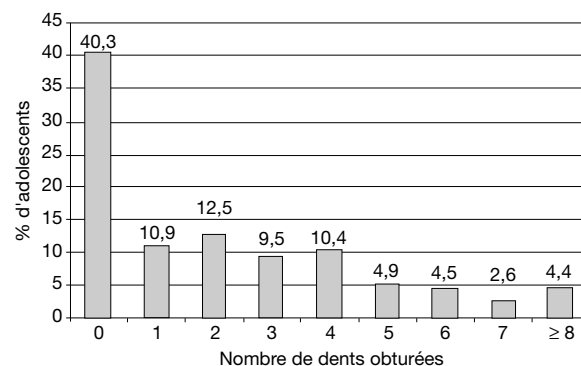


Figure 1. Répartition (en %) des sujets en fonction du nombre de dents obturées ($n = 1\ 335$ adolescents).

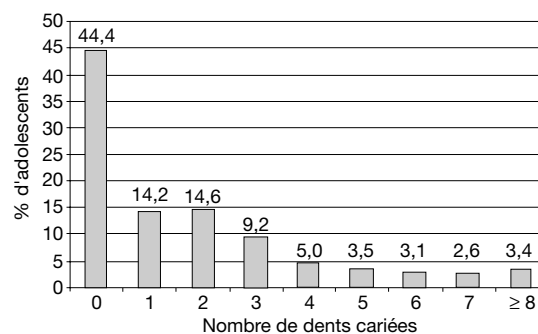


Figure 2. Répartition (en %) des sujets en fonction du nombre de dents cariées ($n = 1\ 335$ adolescents).

sentaient un nombre moyen de dents cariées inférieur à celui des adolescents n'ayant jamais eu de traitement ODF ($n = 669$), respectivement 1,5 [IC : 1,3-1,7] et 2,0 [1,8-2,2] ($p < 0,001$).

2.2.2. Dents absentes (indice A)

Le nombre moyen de dents absentes par adolescent était de 0,35 [IC : 0,30-0,40].

Les adolescents ayant ou ayant eu un traitement d'ODF présentaient, en moyenne, un nombre de dents absentes plus élevé que les adolescents n'ayant jamais eu de traitement d'ODF ($p < 0,0001$) (tableau I).

De même, la variation du pourcentage d'adolescents sans aucune dent absente au sein des deux sous-groupes était significative ($p < 0,0001$).

Tableau I
Variation de l'indice A* moyen en fonction de l'existence d'un traitement d'orthopédie dento-faciale ($n = 1249$)

	Indice A* moyen	Indice A* = 0 (aucune dent absente)
Traitement ODF en cours ou réalisé $n = 580$ adolescents	0,5 [0,4-0,6]	80,3 % [76,9-83,5]
Aucun traitement ODF $n = 669$ adolescents	0,2 [0,1-0,3]	89,7 % [87,1-91,9]

* Nombre de dents absentes.
[IC : 95 %]

2.2.3. Indice CAO

L'indice CAO moyen était de 4,2 [IC : 4,1-4,3] par adolescent.

19,0 % [IC : 16,9-21,1] des adolescents avaient un CAO égal à 0 (adolescent sans aucune atteinte carieuse) et 18,1 % [IC : 16,1-20,3] un CAO compris entre 8 et 21 (figure 3).

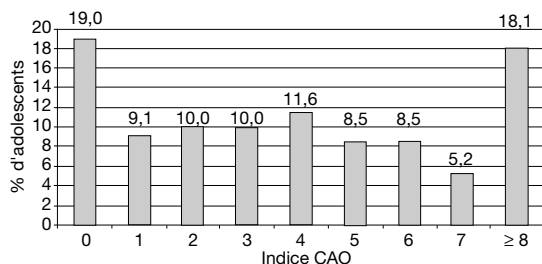


Figure 3. Répartition (en %) des sujets en fonction de la valeur de l'indice CAO ($n = 1\ 335$).

2.2.4. Nombre moyen et fréquence du nombre de dents à traiter

La population étudiée présentait en moyenne 1,8 [IC : 1,7-1,9] dent à traiter.

43,9 % [IC : 41,2-46,6] des adolescents n'avaient aucune dent à traiter (figure 4).

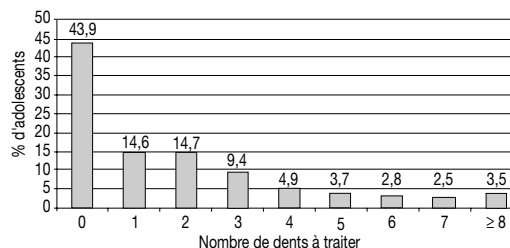


Figure 4. Répartition (en %) des sujets en fonction du nombre de dents à traiter ($n = 1\ 335$).

2.2.5. Fréquence de l'inflammation gingivale

Cet item a été renseigné par les chirurgiens-dentistes dans 91 % des dossiers.

21,0 % [IC : 18,8-23,5] des 1 215 adolescents concernés présentaient une inflammation gingivale.

2.2.6. Fréquence de traitement ODF

Cet item a été renseigné par les chirurgiens-dentistes dans 93,5 % des dossiers.

46,4 % [IC : 43,6-49,2] des 1 249 adolescents concernés avaient ou avaient eu un traitement ODF.

45,2 % [IC : 42,4-48,0] n'avaient pas eu de traitement ODF et n'avaient pas besoin d'un bilan.

8,4 % [IC : 7,0-10,1] n'avaient pas eu de traitement ODF et avaient besoin d'un bilan.

2.2.7. Fréquence de traitement ou soins en cours hors ODF

Cet item a été renseigné par les chirurgiens-dentistes dans 87 % des dossiers.

10,6 % [IC : 8,9-12,5] des 1 157 adolescents concernés avaient un traitement ou des soins hors ODF en cours.

2.2.8. Fréquence de détartrage nécessaire

Cet item a été renseigné par les chirurgiens-dentistes dans 91,5 % des dossiers.

34,8 % [IC : 32,2-37,6] des 1 217 adolescents concernés avaient besoin d'un détartrage.

2.2.9. Fréquence de la phase de motivation à l'hygiène et à la prévention

Item renseigné dans 99,6 % des dossiers par les chirurgiens-dentistes.

90,9 % [IC : 89,2-92,4] des 1 330 adolescents concernés avaient bénéficié des conseils d'hygiène et de prévention prévus dans le cadre du bilan bucco-dentaire.

3. Soins induits par le bilan bucco-dentaire

3.1 Taux de bilans bucco-dentaires ayant induit au moins un soin

L'analyse des feuilles de soins consécutives au bilan bucco-dentaire a fait ressortir que 56,9 % [IC : 54,2-59,6] des bilans bucco-dentaires ont induit au moins un acte (soin ou détartrage), et que parmi les 56,1 % [IC : 53,4-58,8] des adolescents ayant au moins une dent à traiter, 17,2 % [IC : 14,6-20,1] n'ont bénéficié d'aucun soin consécutif ; ce sous-groupe représentait 9,7 % [IC : 8,1-11,4] de l'ensemble de la population. Enfin, 82,8 % [IC : 79,9-85,4] des adolescents ayant au moins une dent à traiter se sont fait soigner.

3.2 Nombre moyen et fréquence des dents traitées

Le nombre moyen de dents traitées selon les différents groupes d'adolescents précédemment étudiés est donné dans le tableau II.

Le nombre moyen de dents traitées est supérieur chez les adolescents dont la dernière visite chez un chirurgien-dentiste remonte à plus d'un an que chez ceux qui ont bénéficié de cette visite dans les douze derniers mois ($p < 0,0001$).

Il en est de même entre les adolescents n'ayant pas eu de traitement d'ODF et ceux ayant bénéficié d'un tel traitement ($p < 0,02$).

75,4 % [IC : 73,5-77,2] des dents traitées sont les 1^{re} et 2^e molaires (tableaux III et IV)

2 % des dents traitées n'ont pas été comptabilisées dans le tableau car elles n'entraient pas dans le champ de l'étude (3^{es} molaires, dents temporaires).

La fréquence des dents traitées au maxillaire est supérieure à la fréquence des dents traitées à la mandibule ($p < 0,0001$).

Il n'a pas été noté de différence significative entre les fréquences des dents traitées par héli-maxillaire.

Tableau II
Nombre moyen de dents traitées par adolescent selon la date de la dernière visite, l'existence ou non d'un traitement d'orthopédie dento-faciale.

	Dernière visite		Traitement ODF		Au moins 1 soin conservateur (n = 668)	Échantillon (n = 1 335)
	< 1 an (n = 498)	> 1 an (n = 636)	oui (n = 580)	non (n = 669)		
Nombre de dents traitées	1,3 [1,1-1,4]	1,9 [1,7-2,1]	1,4 [1,3-1,6]	1,7 [1,6-1,9]	3,2 [3,0-3,3]	1,6 [1,5-1,7]

[IC : 95 %]

Tableau III
Fréquence (en %) des dents traitées par groupe de dents (n = 2 154 dents traitées)

	Incisives	Canines	1 ^{res} prémolaires	2 ^{es} prémolaires	1 ^{res} molaires	2 ^{es} molaires	Total
Maxillaire	7,6 [6,5-8,8]	0,8 [0,5-1,3]	3,8 [3,0-4,6]	5,6 [4,7-6,7]	18,6 [17,0-20,4]	17,5 [15,9-19,1]	53,9 [51,8-56,0]
Mandibule	0,4 [0,2-0,8]	0,2 [0,0-0,4]	0,8 [0,5-1,3]	3,4 [2,7-4,2]	18,8 [17,2-20,5]	20,4 [18,8-22,3]	44,0 [41,9-46,2]
Total	8,0 [6,9-9,3]	1,0 [0,6-1,4]	4,6 [3,7-5,5]	9,0 [7,9-10,3]	37,4 [35,4-39,5]	37,9 [35,9-40,0]	97,9 [97,3-98,5]

[IC : 95 %]

Tableau IV
Fréquence (en %) des dents traitées par héli-maxillaire

	Héli-maxillaire droit	Héli-maxillaire gauche	Total
Maxillaire	26,7 [24,9-28,6]	27,2 [25,3-29,1]	53,9 [51,8-56,0]
Mandibule	21,4 [19,7-23,2]	22,6 [20,9-24,5]	44,0 [41,9-46,2]

[IC : 95 %]

3.3 Nature des soins consécutifs réalisés

3.3.1. Soins consécutifs pour l'ensemble de la population d'adolescents

Les **obturations coronaires** représentaient la part la plus importante 73,4 % [71,8-75,0] des 2 962 actes réalisés, ainsi réparties :

- cavité simple : 37,8 % [IC : 36,0-39,5],
- cavité 2 faces (ou plusieurs cavités simples sur une même face) : 25,4 % [IC : 23,8-27,0],
- cavité 3 faces et plus : 10,2 % [IC : 9,1-11,3].

Les actes **d'endodontie**, toutes dents confondues, ont représenté 4,2 % [IC : 3,5-5,0] du total des actes.

La somme des coefficients SC d'obturations coronaires et d'actes d'endodontie était de 20 500, soit en moyenne 30,7 [IC : 28,5-32,9] SC par adolescent ayant bénéficié d'au moins un soin conservateur ; rapporté à l'ensemble de l'échantillon, ceci représentait un SC moyen de 15,4 [IC : 14,1-16,8] par adolescent.

Le coefficient moyen par dent traitée s'élevait à 9,5 [IC : 9,3-9,7] SC.

La différence entre le pourcentage global de cavités simples et cavités 2 faces et le pourcentage global de cavités 3 faces et actes d'endodontie est très significative ($p < 0,0001$).

On a dénombré 10,3 % [IC : 9,2-11,4] de **détartrages** dont la grande majorité, 92,8 % [IC : 89,1-95,5], a été réalisée en une séance.

Tout acte en SC confondu (soins et détartrages), le coefficient SC moyen par adolescent concerné était de 32,1 [IC : 30,0-34,1] ; rapporté à l'ensemble de l'échantillon, ceci représentait un SC moyen de 18,3 [IC : 16,8-19,7] par adolescent.

Les actes de **radiographie** représentaient 8,8 % [IC : 7,8-9,9] de l'ensemble des actes et ont concerné 10,9 % des adolescents. Ils se répartissaient ainsi :

- examen radiographique rétro-alvéolaire conventionnel 48,9 % [IC : 42,7-55,1], examen réalisé avec un seul cliché dans 94,5 % [IC : 89,1-97,8] des cas ;
- examen à image numérisée : 45,1 % [IC : 38,9-51,3] ;
- examen panoramique : 5,4 % [IC : 3,0-8,8].

L'ensemble des actes de radiographie représentait un coefficient Z total de 1 516 soit, en moyenne, 10,4 [IC : 9,0-11,8] Z par adolescent concerné par ce type d'acte.

Les **extractions** (dents de sagesse exclues) représentaient 0,8 % [IC : 0,5-1,2] de l'ensemble des actes.

3.3.2. Relation entre l'antériorité de la consultation et les soins consécutifs

Les principaux résultats sont regroupés dans les tableaux V et VI.

3.4 Mention « EXP » sur les feuilles de soins consécutifs

Parmi les adolescents ayant eu des soins consécutifs dans les six mois, on a constaté que sur 41,6 %

Tableau V
Indice de consommation moyen par lettre-clé de la nomenclature des actes professionnels et par adolescent en fonction de l'antériorité de consultation

	Coefficient SC	Coefficient DC	Coefficient Z
Dernière visite - de 1 an (n = 498 adolescents)	14,8 [12,7-16,9]	0,3 [0,0-0,7]	1,1 [0,6-1,5]
Dernière visite + de 1 an (n = 636 adolescents)	21,3 [19,0-23,6]	0,8 [0,2-1,4]	1,2 [0,9-1,6]
<i>p</i>	< 0,0001	NS *	NS *

* NS : non significatif.
[IC : 95 %]

Tableau VI
Nombre moyen d'actes par adolescent en fonction de l'antériorité de consultation

Dernière visite	Obturation coronaire	Traitement endodontique	Détartrage	Extraction	Examen radiologique
moins de 1 an (n = 498 adolescents)	1,3 [1,1-1,5]	0,06 [0,03-0,09]	0,19 [0,15-0,23]	0,02 [0,00-0,04]	0,16 [0,10-0,21]
plus de 1 an (n = 636 adolescents)	1,9 [1,7-2,1]	0,12 [0,09-0,16]	0,26 [0,23-0,30]	0,04 [0,02-0,07]	0,24 [0,17-0,30]
<i>p</i>	< 0,0001	< 0,0001	= 0,01	NS *	NS *

* NS : non significatif.
[IC : 95 %]

[38,0-45,2] des feuilles de soins ne figurait pas la mention « EXP » que le chirurgien-dentiste traitant avait obligation de porter en regard des cotations habituellement utilisées.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Le biais de recueil concernant la partie de l'enquête fondée sur les données déclaratives des chirurgiens-dentistes traitants doit être évoqué ; néanmoins le taux de remplissage des questionnaires (entre 85 % et 99,6 %) montre que les professionnels se sont largement impliqués dans la transmission des données épidémiologiques aux services médicaux de l'assurance maladie.

S'agissant de la taille de l'échantillon, si le sondage à 20 % a sélectionné un nombre d'adolescents légèrement en deçà des prévisions (1 335 au lieu de 1 500), l'échantillon d'adolescents avec des soins consécutifs est malgré cela plus important que prévu (760 contre 500) ; le défaut fréquent de la mention « EXP » sur les feuilles de soins consécutives à un BBD (information que devait indiquer le chirurgien-dentiste) lors de la pré-étude a, en effet, induit une sous-estimation des ces soins consécutifs.

2. Le bilan bucco-dentaire a-t-il concerné la population d'adolescents adéquate ?

Si l'on compare certains résultats avec ceux d'une population bien connue sur le plan de la santé dentaire – les jeunes de 12 ans –, on s'aperçoit que les besoins de soins des adolescents de 15 ans étaient nettement supérieurs à ceux de la population des jeunes de 12 ans dont le bilan carieux a été étudié en 1998 par l'Union française pour la santé bucco-dentaire [2], à savoir :

- un indice C moyen de 1,8 contre 0,8 ;
- 55,6 % des adolescents de 15 ans ayant au moins une dent cariée contre 35,6 % chez ceux de 12 ans,
- un CAO moyen de 4,2 contre 1,9.

Le ciblage de la campagne sur les adolescents de 15 ans paraît donc être un choix pertinent.

D'autre part, les données déclaratives concernant l'antériorité de la consultation nous ont montré que le groupe des adolescents de 15 ans ayant consulté depuis plus d'un an était majoritaire à 56,1 %.

De même, les adolescents n'ayant jamais eu de traitement d'ODF (et n'ayant donc pas eu les visites régulières qu'un tel traitement implique) sont majoritaires à 53,6 %.

Le BBD a donc concerné en majorité les adolescents de 15 ans qui avaient un suivi dentaire incertain.

3. Le bilan bucco-dentaire a-t-il répondu à un besoin de santé publique ?

Le nombre de dents cariées chez les adolescents ayant consulté depuis plus d'un an était plus élevé que chez ceux ayant consulté depuis moins d'un an. De la même manière, on relève une différence significative de consommation de soins entre ces 2 groupes d'adolescents et ceci sur de nombreux postes tels que :

- nombre moyen d'obturations coronaires par adolescent,
- nombre moyen de traitements endodontiques,
- nombre moyen de détartrages.

Autre constatation : le nombre de dents cariées et le nombre de dents traitées à la suite du BBD chez les adolescents n'ayant jamais eu de traitement d'ODF sont plus élevés que chez ceux ayant ou ayant eu un traitement d'ODF (donc un suivi par un chirurgien-dentiste).

Rappelons que ces sous-groupes dont la consommation de soins consécutifs a été la plus forte sont majoritaires dans la population étudiée.

En ce sens, ces résultats indiquent que, dans notre échantillon, le BBD a concerné en majorité des adolescents qui avaient un besoin réel de soins.

4. Le bilan bucco-dentaire est-il un vecteur de prévention ?

L'analyse de la nature des actes indique que les soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire sont avant tout des soins de première intention ; plusieurs arguments plaident pour cette interprétation :

- la différence entre le pourcentage de soins conservateurs précoces (cavités simples et cavités 2 faces) et le pourcentage de soins à connotation plus lourde (cavités 3 faces et endodontie) est très significative ;
- la faible part des extractions au sein des soins consécutifs ;
- de même les examens radiographiques réalisés à 94,5 % avec un seul cliché confirment cette tendance.

Enfin les chirurgiens-dentistes ont, à 90,9 %, déclaré qu'ils avaient délivré les conseils d'hygiène bucco-dentaire prévus dans le cadre du bilan bucco-dentaire.

5. Quelles questions soulève le bilan bucco-dentaire ?

5.1 Le calcul du CAO

La méthodologie même du remplissage des fiches d'examen du BBD pose problème. En effet celle-ci prévoit « *qu'est considérée comme absente toute dent naturelle, non visible sur l'arcade, remplacée ou non par un*

artifice prothétique ». L'indice A, habituellement retenu en épidémiologie, correspond au nombre de dents extraites pour *cause de carie* [1, 3].

Nos résultats ont fait apparaître une différence significative de l'indice A entre les adolescents ayant un traitement ODF et les adolescents n'ayant jamais eu de traitement ODF. Aussi pour le calcul du CAO, avons-nous pris par convention, l'indice A des adolescents n'ayant jamais eu de traitement ODF, afin d'isoler le biais de l'extraction dans le cadre d'un traitement ODF.

Idéalement, il conviendrait de se rapprocher de la définition initiale du nombre de dents absentes, afin que l'indice CAO issu du BBD soit superposable aux autres données de santé publique.

5.2 Le taux d'absence de soins consécutifs

Dans près d'un cas sur cinq, parmi les adolescents qui avaient au moins une dent à traiter, aucune trace de soins consécutifs n'a été trouvée.

Ce constat inclut diverses causes, dont le renoncement aux soins semble être un des facteurs principaux, mais d'autres raisons mal cernées semblent intervenir : soins consécutifs hors la période des 6 mois, remboursement des soins sous un autre numéro d'immatriculation, déménagement de l'adolescent, etc.

Une étude affinée des origines du renoncement aux soins est nécessaire.

5.3 L'évaluation du coût de l'exonération du ticket modérateur sur les soins consécutifs

L'évaluation de ce coût, imputable au fonds d'action sanitaire et sociale des caisses, sera difficile car 41,6 % des feuilles de soins ne comportaient pas la mention « EXP » que le chirurgien-dentiste traitant aurait dû indiquer. Par conséquent, les caisses ne disposent pas, au moment des opérations de remboursement, d'un signalement simple pour effectuer le rapprochement avec l'examen initial. Se pose donc la question de la traçabilité des soins consécutifs induits par le BBD dans cette population.

Les instances paritaires conventionnelles doivent être saisies de ce problème.

6. Perspectives

Sur le plan médical, les résultats indiquent que le BBD est un dispositif efficace à la fois par les relations nouvelles qu'il crée entre le chirurgien-dentiste et une catégorie de la population, et par la somme de données qu'il permet de recueillir sur le plan national. L'efficacité de ce dispositif est par conséquent démontrée.

Si l'on veut que ce dispositif devienne un outil de santé publique à part entière, il paraît nécessaire d'accentuer la campagne de promotion, voire d'étendre son champ d'application à d'autres groupes de la population.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier M. L. Leneve-Ricordel, directeur de l'URCAM des Pays de la Loire, le Dr J.C. Katz, chirurgien-dentiste-conseil à la mutualité sociale agricole de Laval, le Dr Gilles Breton, médecin conseil chef du service médical de l'assurance maladie de Saint-Nazaire (CNAMTS), les Dr J.C. Mabriez, F. Vigneau, J.Y. Matiziak et J.F. Gradelet, du service médical de l'assurance maladie de la région Rhône-Alpes (CNAMTS), auteurs d'un projet qui a été utilisé pour l'élaboration du protocole de cette enquête, et tous les chirurgiens-dentistes-conseils du régime général de l'assurance maladie, de la mutualité sociale agricole et de l'assurance maladie des professions indépendantes de la région des Pays de la Loire qui ont contribué au recueil des données.

RÉFÉRENCES

1. Muller M, Lupi L, Médioni E, Bolla M. *Épidémiologie de la carie dentaire*. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Odontologie*, 23-010-A-20, 1997, 8 p.
2. Hescot P, Roland E. *La santé dentaire en France – 1998 – État carieux et fluorose dentaire chez les enfants de 12 ans*. Paris, France : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 1999.
3. Dargent-Paré C, Wolikow M, Brafman J, Letrait S, Boissonat V, Espié JP. *Prévalence de la carie dentaire chez l'enfant avant et après un programme de prévention en Seine-Saint-Denis*. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1999;47:19-28.