

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2024

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 03/07/2024

Par Inès PUERTAS

Né(e) le 16/02/1999 à Saint-Quentin - France

LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AU CABINET DENTAIRE EN 2024 :
ÉTUDE AUPRÈS DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RÉGION DES
HAUTS-DE-FRANCE

JURY

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE
Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
Madame le Docteur Thomas MARQUILLIER
Madame le Docteur Marie CRAQUELIN
Membre invité : Madame le Docteur Marie BISERTE

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	N. RICHARD
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Responsable du département de Prothèse
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. BEDEZ	Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX Pédiatrique	Responsable du Département d' Odontologie
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

... Aux membres du jury,

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Études Approfondies Génie Biologie & Médical - option Biomatériaux

Maitrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires » Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient

Doyen du Département « faculté d'odontologie » de l'UFR3S - Lille

Responsable du Département d'Orthopédie dento-faciale

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury.

Votre engagement pour l'odontologie pédiatrique à travers vos enseignements, votre implication clinique et vos multiples publications à ce sujet ont été une véritable source d'inspiration tout au long de mes études.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Éthique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Certificat d'Études Supérieures de Pédodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)

Master 2 Éthique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)

Formation Certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Vice-président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger parmi ce jury.

Votre bonne humeur, votre bienveillance et la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques tout au long de mon cursus m'ont réellement inspiré et ont contribué à l'affection que je porte à l'odontologie pédiatrique.

Par ce travail, je vous prie de recevoir l'expression de mon plus profond respect et de mon admiration.

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section 56 - Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 - Odontologie pédiatrique & Orthopédie dento-faciale

Département d'Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Santé Publique

Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Certificat d'Études Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention

Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA

Diplôme Universitaire Dermato-vénérologie de la muqueuse buccale

Master 1 Biologie Santé – mention Éthique et Droit de la Santé

Master 2 Santé Publique – spécialité Éducation thérapeutique et éducations en santé

Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient

Diplôme du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques, orthopédiques et fonctionnelles

Lauréat du Prix Elmex® de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique – CHU de Lille

Votre présence dans mon jury était pour moi une évidence, merci de me faire l'honneur d'y siéger.

Votre disponibilité et votre bienveillance m'ont été d'une aide précieuse pour la réalisation et l'avancée de ce projet de recherche qui n'aurait pas été possible sans vous.

J'espère que cette thèse d'exercice sera à la hauteur de vos espérances, et je vous prie d'y retrouver l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Marie CRAQUELIN

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Biologie Santé – mention Éthique et Droit de la Santé

Master 2 Santé Publique – spécialité Éducation thérapeutique et éducations en santé

Certificat d'Études Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention (Paris Descartes)

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger l'élaboration de cette thèse d'exercice.

Votre gentillesse, votre disponibilité, votre rigueur et votre bienveillance ont été de véritables forces motrices et m'ont été d'une aide précieuse.

Vous avez su m'apporter toutes les clés nécessaires à la mise en place et à la réalisation de cette enquête et je vous en suis plus que reconnaissante.

J'espère que l'aboutissement de ce travail sera à la hauteur de vos attentes et traduira le profond respect et la reconnaissance que je vous porte.

Madame le Docteur Marie BISERTE

Chirurgien-dentiste Libéral

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vice-Présidente de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Hauts-de-France

Chevalier de l'Ordre du Mérite

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury.

Je vous suis reconnaissante pour la confiance que vous m'avez apporté en me laissant mener cette étude. Travailler en collaboration avec l'équipe de l'URPS, et plus particulièrement avec madame Camille LEGRAND et vous-même, a été pour moi un réel plaisir.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes et qu'il vous permettra par la suite d'apporter une aide dans l'amélioration de la santé orale des enfants de notre région.

Remerciements...

... *Personnels,*

« Un Homme n'est jamais si grand que lorsqu'il est à genoux pour aider un enfant »
Pythagore

Table des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

BEWE : Basic Erosive Wear Examination

CAOD : Dents permanentes Cariées, Absentes et Obturées

caod : Dents temporaires Cariées, Absentes et Obturées

CCU-AH : Chef de Clinique des Universités – Assistant des Hôpitaux

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CH : Centre Hospitalier

CPE : Carie de la Petite Enfance

CPE-s : Atteinte sévère de Carie de la Petite Enfance

CS : Centre de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

DPO : Data Protection Officer

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

EAPD: European Academy of Paediatric Dentistry

EFCD: European Federation of Conservative Dentistry

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MCU-PH : Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

MIH : Molaire Incisive Hypominéralisation

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ODF : Orthopédie-Dento-Faciale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

INTRODUCTION	17
1. ANALYSE DU CONTEXTE DE L'ETUDE	18
1.1 LES PRINCIPALES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES PEDIATRIQUE	18
1.1.1 <i>La maladie carieuse</i>	18
1.1.2 <i>Les maladies parodontales</i>	20
1.1.3 <i>Les traumatismes alvéolo-dentaires</i>	20
1.1.4 <i>L'érosion dentaire</i>	21
1.1.5 <i>Les anomalies de l'organe dentaire</i>	22
1.1.5.1 Les anomalies de nombre	22
1.1.5.2 Les anomalies de structure	23
1.1.5.3 Les anomalies de forme, taille et teinte.....	24
1.1.5.4 Les anomalies d'éruption	24
1.2 ÉTATS DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOIN PEDIATRIQUE	25
1.2.1 <i>En France</i>	25
1.2.1.1 Prise en charge des enfants en omnipratique	25
1.2.1.2 La pratique libérale exclusive.....	26
1.2.1.3 Les structures hospitalières	27
1.2.2 <i>Dans les Hauts-de-France</i>	28
1.2.2.1 L'état bucco-dentaire de la région.....	28
1.2.2.2 Les difficultés d'accès aux soins	29
2. MATERIELS ET METHODES	31
2.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	31
2.2 TYPE D'ETUDE	31
2.3 POPULATION	31
2.3.1 <i>Type de population</i>	31
2.3.2 <i>Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion</i>	32
2.4 QUESTIONNAIRES.....	32
2.4.1 <i>Questionnaire n°1</i>	32
2.4.1.1 Le consentement	33
2.4.1.2 Caractéristiques des chirurgiens-dentistes.....	33
2.4.1.3 Activité générale de la population étudiée.....	34
2.4.1.4 Prise en charge des patients mineurs	34
2.4.1.5 Prise en charge de patients mineurs à besoins spécifiques	36
2.4.1.6 Amélioration de la prise en charge des enfants.....	36
2.4.1.7 Informations complémentaires sur les participants	37
2.4.2 <i>Questionnaire n°2</i>	37
2.5 RECUEIL DES DONNEES	38
2.5.1 <i>Outils de recueil des données</i>	38
2.5.2 <i>Durée de recueil des données</i>	38
2.5.3 <i>Anonymisation des données</i>	38
2.5.4 <i>Sécurité des données</i>	38
2.6 ANALYSE DES DONNEES	39
2.6.1 <i>Logiciels</i>	39
2.6.2 <i>Analyse et traitements des données</i>	39
2.6.3 <i>Traitement des données manquantes</i>	39
2.7 CONSIDERATIONS ETHIQUES	39
2.8 DEMARCHES REGLEMENTAIRES	40
2.9 CONFLITS D'INTERETS.....	40
AUCUN CONFLIT D'INTERETS LIE A CETTE RECHERCHE N'EST A DECLARER.	40
3. RESULTATS	41
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	41
3.1.1 <i>Genre</i>	41
3.1.2 <i>Âge</i>	42
3.1.3 <i>Lieu d'exercice</i>	42
3.1.3.1 Départements	42
3.1.3.2 Groupements communaux	43
3.1.4 <i>Formation universitaire</i>	44

3.2	ACTIVITE GENERALE DE LA POPULATION ETUDIEE	44
3.3	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PEDIATRIQUES	46
3.3.1	<i>Praticiens qui prenaient en soins les enfants.....</i>	46
3.3.2	<i>Praticiens qui ne prenaient pas en soins les enfants</i>	47
3.3.2.1	Praticiens qui ne prenaient pas d'enfant en soins	47
3.3.2.2	Praticiens qui ne prenaient pas en soins toutes les tranches d'âge	48
3.3.3	<i>Cartographies de la prise en charge selon l'âge.....</i>	50
3.3.4	<i>Prise en charge des patients mineurs à besoins spécifiques.....</i>	54
3.3.5	<i>Prise en charge lorsque le patient est adressé</i>	54
3.4	AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	55
3.4.1	<i>Formations complémentaires.....</i>	55
3.4.2	<i>Revalorisation.....</i>	56
3.5	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR LES PARTICIPANTS	57
3.5.1	<i>Organisation du cabinet dentaire.....</i>	57
3.5.2	<i>Réseau de soins</i>	57
3.5.3	<i>L'assistant de niveau 2</i>	57
4.	DISCUSSION	59
4.1	LIMITES DE L'ETUDE	59
4.2	INTERETS DE L'ETUDE	59
4.3	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	60
4.4	L'OFFRE DE SOIN PEDIATRIQUE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE	61
4.4.1	<i>Prise en charge des enfants.....</i>	61
4.4.2	<i>Comprendre et favoriser l'accès aux soins pédiatriques</i>	63
4.4.3	<i>Cas particulier des patients à besoins spécifiques.....</i>	65
4.4.4	<i>Perspectives d'évolutions professionnelles pour améliorer l'accès aux soins pédiatriques</i>	66
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE	69
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	76
	TABLE DES TABLEAUX.....	77
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE N°1	78
	ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS.....	82
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE N°2	83
	ANNEXE 4 : POSTER DES RESULTATS.....	84

Introduction

La santé orale des enfants est un élément essentiel de leur état de santé général et constitue depuis plusieurs années un problème majeur de santé publique. Le chirurgien-dentiste est un acteur important dans la prise en soins des différentes affections orales auxquelles pourront être confrontés ces jeunes patients durant les premières années de leur vie.

En 2018, au moins 22% des praticiens déclaraient ne pas prendre en charge les enfants et ce pour diverses raisons (1) ; alors qu'encore aujourd'hui la maladie carieuse reste la pathologie bucco-dentaire la plus répandue dans le monde avec 514 millions d'enfants concernés en denture temporaire selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2). La région des Hauts-de-France n'est pas épargnée par ce phénomène et est une des régions qui compte un plus grand nombre d'enfants porteurs d'au moins deux lésions carieuses (3).

Au vu des différents éléments évoqués ci-dessus, cette thèse a pour objectif de connaître la nature de l'activité des chirurgiens-dentistes, plus particulièrement quant à la prise en charge des enfants dans la région des Hauts-de-France. Une étude a été conduite auprès des praticiens de cette région dans l'optique de réaliser une cartographie et de faciliter l'accès aux soins des jeunes patients.

Dans un premier temps, un état des lieux des principales pathologies bucco-dentaires pédiatriques ainsi qu'une comparaison de l'offre de soin régionale et nationale seront exposés pour comprendre le contexte de l'étude ; avant d'en détailler la méthodologie et les résultats. Enfin, la discussion permettra d'argumenter sur les différences entre les résultats obtenus dans cette étude par rapport à celles réalisés antérieurement.

1. Analyse du contexte de l'étude

1.1 Les principales pathologies bucco-dentaires pédiatrique

Dès les premières années de sa vie, l'enfant pourra être confronté à une multitude d'affections bucco-dentaires qui nécessiteront une prise en charge spécifique par un professionnel de santé orale.

1.1.1 La maladie carieuse

La maladie carieuse est définie comme une maladie dynamique, multifactorielle, non transmissible, médiée par le biofilm bactérien et modulée par l'alimentation. Elle entraîne la perte des tissus minéralisés de la dent (4). Elle reste à ce jour la pathologie bucco-dentaire la plus répandue pendant l'enfance et constitue un enjeu majeur de santé publique (5).

Selon le rapport de situation de l'OMS sur la santé orale publié en 2022, plus d'un tiers de la population mondiale vit avec des lésions carieuses non traitées et environ 514 millions d'enfants en seraient porteurs en denture temporaire (Figure 1) (2).

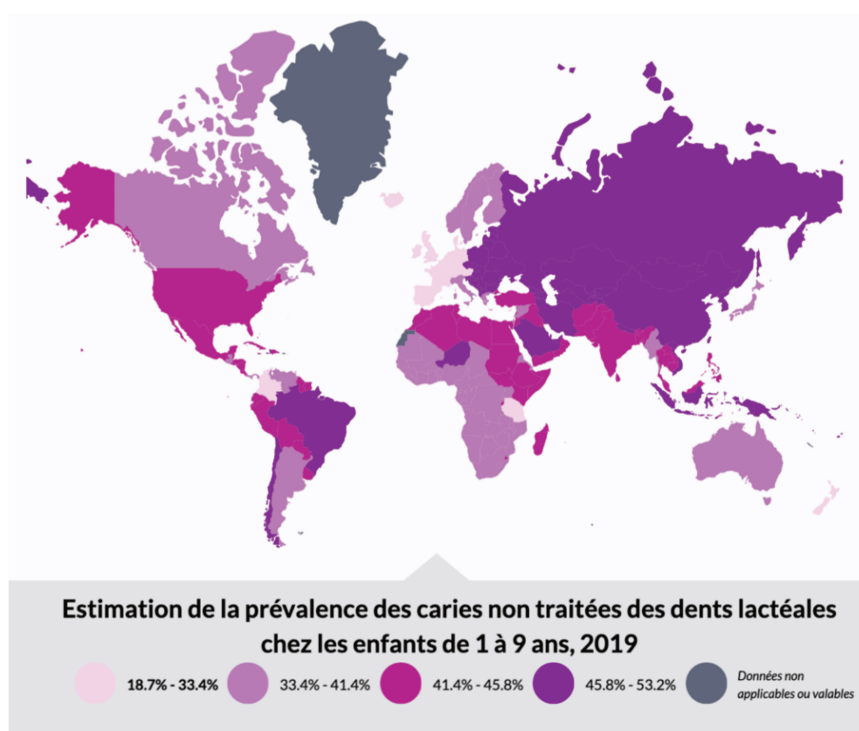


Figure 1 : Prévalence des lésions carieuses non traitées des dents lactéales chez les enfants de 1 à 9 ans en 2019, source OMS (2)

En France, il existe peu d'études épidémiologiques récentes qui visent à évaluer la prévalence de la maladie carieuse au niveau national que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou même chez l'adulte (6). La dernière étude réalisée au niveau national date de 2006, lorsque l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a réalisé une enquête à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui avait pour objectif de comparer la prévalence des lésions carieuses sur des enfants de 6 et 12 ans en 1987 et 2006. Ils ont utilisé l'indice CAOD¹ (dent permanente cariée, obturée ou absente pour raison carieuse) qui est un indicateur de choix pour suivre l'évolution de la santé orale (8). Cette étude a permis de mettre en évidence une diminution de la prévalence de la maladie carieuse que ce soit chez les enfants de 6 ou 12 ans. Pour ceux âgés de 6 ans, l'indice caod² est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 tandis que le CAOD est passé de 4,20 en 1987 à 1,23 pour les enfants âgés de 12 ans en 2006.

En 2021, une étude réalisée en Moselle chez des enfants âgés de 4 ans, a relevé un d3mft³ moyen de 0.76, soit un score plus faible en comparaison au score national moyen obtenu chez les enfants de 6 ans quinze années plus tôt. Selon les directives de l'*European Academy of Paediatric Dentistry* (EAPD), quand l'indice d3mft est compris entre 1 et 5, on estime que l'enfant est atteint de la carie de la petite enfance (CPE) et si cet indice est supérieur ou égal à 5, alors il est porteur d'une atteinte sévère de CPE (CPE-s). En Moselle, les prévalences moyennes de ces atteintes carieuses semblent être respectivement de 15.8% et de 5.9% (9,10).

Malgré cette baisse observée, aujourd'hui encore près de 20% des enfants, souvent issus des milieux les moins favorisés, cumulent 80% des lésions carieuses (11).

¹ Mis au point par Klein et Palmer en 1940, l'indice CAOD est un indice de sévérité de l'atteinte carieuse. Il comptabilise le nombre de dents permanentes cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées (O) chez un individu. Le score maximum est de 28, lorsque les troisièmes molaires ne sont pas prises en compte (7).

² Équivalent du CAOD mais concerne les dents temporaires. Le score maximum est de 20.

³ L'indice d3mft, qui signifie « *decayed, missing and filled primary teeth* », est l'équivalent en anglais de l'indice caod. Il prend uniquement en compte les lésions carieuses cavitaires.

1.1.2 Les maladies parodontales

Chez l'enfant, on peut observer diverses atteintes du parodonte bien que leur susceptibilité à développer ces maladies soit moindre par rapport à l'adulte (12). Pour rappel, le parodonte se définit comme l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il est composé : de la gencive, de l'os alvéolaire, du ligament alvéolo-dentaire et du cément (13).

La forme la plus répandue des maladies parodontales est la gingivite bactérienne qui est une maladie infectieuse réversible touchant le parodonte superficiel et induite par le biofilm bactérien. Elle affecte l'enfant dès le plus jeune âge avec une prévalence de 1,8 à 10,3% à 2 ans. Elle augmente avec l'âge touchant 73% des enfants de 6 à 11 ans et atteint un pic à la puberté avec 50 à 99% des adolescents qui sont concernés (14–16).

L'autre forme est représentée par la parodontite, maladie inflammatoire chronique multifactorielle associée au biofilm qui entraîne une destruction progressive des tissus parodontaux (17). Elle serait plus rare et toucherait 1 à 9% des enfants âgés de 5 à 16 ans selon un rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (18).

Le parodonte de l'enfant peut également être concerné par d'autres pathologies telles que la gingivite-ulcéro-nécrotique, la primo infection herpétique ou encore les maladies parodontales liées à des pathologies générales comme le diabète de type 1, les troubles hématologiques, les maladies génétiques ou les maladies affectant la minéralisation ou le tissu conjonctif (12).

Il est à noter qu'à l'adolescence, le port d'un appareillage orthodontique peut entraîner un risque de récessions gingivales ou favoriser l'apparition d'une gingivite bactérienne (12).

1.1.3 Les traumatismes alvéolo-dentaires

Un traumatisme alvéolo-dentaire se définit selon l'OMS comme un choc sur les dents et/ou d'autres tissus durs situés à l'intérieur ou autour de la bouche et de la cavité buccale. Dans son dernier rapport, paru en 2022, l'OMS estime à 20% la prévalence de ces traumatismes chez les enfants âgés de moins de 12 ans (2).

En denture temporaire, la prévalence est d'en moyenne 30% avec une prépondérance pour la luxation latérale contre 20 à 25% en denture permanente où la fracture coronaire sans complication pulpaire serait plus courante (19,20). Dans les deux cas, la dent la plus touchée est l'incisive centrale maxillaire représentant plus de deux tiers des dents traumatisées (21).

On observe 2 pics de traumatismes en denture temporaire :

- Un premier pic lors de l'apprentissage de la marche et la quête d'autonomie avant 18 mois.
- Un second pic entre 2 et 4 ans lors de l'acquisition de la vitesse et une plus grande indépendance des mouvements (19).

Cependant, le caractère temporaire de la dent lactéale ne doit pas minimiser l'importance d'une prise en charge rapide et adéquate par le chirurgien-dentiste. En effet, ces traumatismes peuvent avoir des conséquences sur les germes sous-jacents et donc sur les dents définitives. On observera par exemple des malformations, des troubles de la minéralisation ou encore une éruption précoce ou au contraire retardée (1).

En denture mixte, la pratique sportive et les accidents de la voie publique seront les principales sources de traumatismes (1).

1.1.4 L'érosion dentaire

L'érosion est définie comme un processus chimique qui entraîne la perte des tissus dentaires minéralisés (émail, dentine, cément) d'origine non bactérienne (22). Le score BEWE (Basic Erosive Wear Examination) est utilisé lors de l'examen clinique afin d'évaluer la sévérité des lésions et quantifier le risque érosif du patient et permet une prise en charge adaptée (23).

Sa prévalence est en forte augmentation dans les pays industrialisés, elle touche 22,3% des enfants de 6 à 14 ans et près de 39% des adolescents. Celle-ci s'explique essentiellement par l'évolution des habitudes alimentaires défavorables pour la santé orale (24,25).

En 2015, face à l'évolution constante des lésions érosives, la Fédération Européenne de Dentisterie Conservatrice (EFCD) a publié un rapport à ce sujet et mis en avant les différents facteurs de risques (22) :

- Consommation importante d'aliments et boissons érosives, associée à leurs modes de consommation.
- Reflux gastrique ou vomissement répétés.
- Prise de médicaments modifiants de manière quantitative et/ou qualitative le flux salivaire ou l'utilisation d'inhalateur chez les patients asthmatiques.
- Les habitudes d'hygiène orale.
- Les facteurs nutritionnels des aliments (acides, pH, teneur en calcium, phosphates et fluorures) (24).

1.1.5 Les anomalies de l'organe dentaire

Toute perturbation lors de l'odontogénèse peut conduire, en fonction du stade de développement de l'organe dentaire, à une anomalie de structure, un retard d'éruption et/ou du développement voire l'arrêt total de celui-ci (26). Elles pourront affecter une seule dent, un groupe de dents voire la totalité de la denture. Les étiologies de ces perturbations sont multiples : locale, environnementale ou encore génétique (20).

Il apparaît donc que par son développement précoce, la dent constitue un des premiers signes pathognomoniques de certains syndromes et apporte une aide clé dans leur diagnostic précoce.

On peut diviser ces anomalies dentaires en plusieurs groupes distincts :

- Les anomalies de **nombre**.
- Les anomalies de **structure**.
- Les anomalies de **forme, taille et teinte**.
- Les anomalies d'**éruption**.

1.1.5.1 Les anomalies de nombre

Les anomalies de nombre peuvent se présenter par excès (hyperdontie) ou par défaut d'une ou plusieurs dents (hypodontie ou oligodontie). L'agénésie est la plus fréquente des anomalies dentaires avec une prévalence de 1,6 à 9,6% selon les études. Elle est caractérisée par l'absence totale de l'organe dentaire, elle peut concerner la denture lactéale et/ou définitive, maxillaire et/ou mandibulaire, être unilatérale ou bilatérale (27).

Quand une à cinq dents sont absentes on qualifiera l'anomalie d'hypodontie, au-delà on parlera d'oligodontie. Enfin, si la totalité des dents sont absentes on sera en présence d'anodontie (27).

Un grand nombre de syndromes comptent parmi leurs tableaux cliniques des anomalies de nombre, par excès ou par défaut, certains engagent même le pronostic vital du patient. Il paraît donc important d'identifier et de diagnostiquer le plus tôt possible ces anomalies lorsqu'elles sont présentes (26,28).

1.1.5.2 Les anomalies de structure

Les anomalies de structure peuvent affecter tous les tissus de l'organe dentaire, sur une ou plusieurs dents voire la totalité de la denture temporaire et/ou permanente.

En ce qui concerne les anomalies de structure amélaire n'affectant qu'une seule dent, elles résultent d'une étiologie locale comme une infection ou un traumatisme et s'objectivent par une dysplasie amélaire isolée, asymétrique avec ou sans dyschromie (29).

Lorsque plusieurs dents sont atteintes, l'étiologie sera plutôt environnementale ou systémique. L'anomalie la plus représentative est l'hypominéralisation molaire incisive (MIH), même si son étiologie n'est pas encore, à ce jour, complètement définie (30). Elle est caractérisée par une hypominéralisation qui touche l'émail d'au moins une première molaire permanente et associé dans plus ou moins 70% des cas à une atteinte des incisives (31). Sa prévalence à l'échelle mondiale est de 14,2%, soit près d'1 enfant sur 6 (32).

Quand ces anomalies de structure touchent l'ensemble des dents, l'étiologie génétique est prépondérante. Par exemple, l'amélogénèse imparfaite est une anomalie génétique qui touche l'émail et dont la prévalence varie en fonction des études de 1/700 à 1/14 000 avec une sévérité égale entre les deux dentures (33). Contrairement à la dentinogénèse imparfaite qui entraîne une atteinte du tissu dentinaire. Sa prévalence est de 1/6 000 à 1/8 000 et affecte généralement plus sévèrement la denture temporaire (34).

1.1.5.3 Les anomalies de forme, taille et teinte

Cette catégorie regroupe diverses anomalies on retrouve par exemple :

- Les anomalies de **taille** : microdontie ou macrodontie.
- Les anomalies de **forme** de la couronne ou de la racine : fusion, gémation, dens in dente, cuspides surnuméraires, dents riziformes, taurodontisme...
- Les anomalies de **teinte** : dyschromies intrinsèques (porphyrie, ictère hémolytique néonatal, ...), dyschromie d'origine médicamenteuse, dyschromie extrinsèque (pathologique ou traumatique).

1.1.5.4 Les anomalies d'éruption

La chronologie ou la topographie d'éruption peuvent être impactées sous l'influence de facteurs génétiques, environnementaux ou systémiques et atteindre la denture temporaire et/ou permanente.

Du point de vue chronologique, l'éruption peut être précoce (35) :

- Dents natales ou néonatales.
- Éruption de la dent temporaire de 1 mois (pour les incisives) à 6 mois (pour les molaires) avant l'âge moyen d'éruption.
- Éruption de la dent permanente 1 an avant l'âge moyen d'éruption.
- Éruption d'une dent immature ou à l'état de germe sur l'arcade.

Au contraire, elle peut être retardée (36) :

- Lorsqu'elle débute après 10 mois en denture primaire.
- Lorsqu'elle débute après 7 ou 8 ans en denture permanente.

Pour les anomalies topographiques on parlera de dystopies. Elles peuvent être primaires (ectopie, rotation, transposition, anastrophie, ...) ou secondaires, c'est-à-dire liées à des anomalies muqueuses (péricoronarite, tuméfaction gingivale, gingivite nécrotique, kyste d'éruption, ...) ou à des anomalies liées aux fonctions orofaciales (37).

1.2 États des lieux de l'offre de soin pédiatrique

1.2.1 En France

En 2005, 25% des enfants français cumulaient 75% des lésions carieuses. Aujourd'hui l'état de santé orale de ces enfants est toujours préoccupant, car la maladie carieuse concernerait environ 38% d'entre eux (9,38). Ce constat nous amène à nous interroger sur leur prise en charge au sein du pays. Celle-ci peut s'effectuer à différents niveaux :

- En cabinet libéral omnipratique.
- En cabinet libéral avec une pratique pédiatrique exclusive.
- Dans les structures hospitalières.
- Dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle⁴ (MSP).
- Dans un centre de santé dentaire⁵.
- Dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé⁶ (PASS)...

Dans la suite de ce travail, seuls les trois premiers types d'exercices seront abordés.

1.2.1.1 *Prise en charge des enfants en omnipratique*

Il n'existe que deux études épidémiologiques nationales et une seule au niveau départemental qui évaluent la prise en charge des patients pédiatriques par les omnipraticiens (42–44).

Ces études ont révélé que 18 à 22% des chirurgiens-dentistes ne prenaient pas en soins les enfants et les adolescents et parmi ceux déclarant les soigner, 90% d'entre eux ne recevaient qu'exceptionnellement des enfants de moins de 2 ans. Les raisons évoquées par les praticiens étaient surtout liées à l'aspect financier, avec une rémunération des actes pédiatriques jugée insuffisante par rapport au temps passé pour les réaliser, le manque de coopération de ces jeunes patients ainsi que les difficultés techniques liées à ces types de soins (42,43).

⁴ Structure de soins de proximité regroupant, dans un même lieu, plusieurs professionnels de santé libéraux qui travaillent de façon coordonnée afin de faciliter l'accès aux soins et offrir une prise en charge globale (39).

⁵ Structure sanitaire de proximité qui dispense des soins de premier ou second recours. Il en existe différents types en France, ils ne diffèrent que par leurs organismes de gestion (mutualiste, géré par la Sécurité Sociale, par des collectivités territoriales, des organismes à but non lucratif ou des établissements de santé) (40).

⁶ Structure de prise en charge médico-sociale, au sein d'établissements de santé, avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins et aux droits liés à la santé des personnes en situation de précarité (41).

Actuellement, l'EAPD recommande au minimum une visite annuelle chez le dentiste et ce dès l'âge de 1 an (45). Cependant, les données rapportées par l'étude nationale de Dominici et *coll.* concernant les fréquences de prise en charge des enfants en fonction de leur âge, met en évidence qu'il paraît impossible que les 11,7 millions de français de moins de 15 ans puissent respecter cette recommandation et ceci sans tenir compte d'éventuels soins à réaliser (46). En effet, si on compare le nombre d'enfants par rapport au nombre total de chirurgiens-dentistes en France, pour respecter les recommandations de l'EAPD, chaque praticien devrait prendre en soins environ 5 enfants par semaine. Dans cette étude, seuls 12% des praticiens respectaient cet effectif avec une tendance à plutôt recevoir 1 à 4 enfants par semaine (31% en moyenne) voir moins de 1 par mois (27%).

Face à ces difficultés en omnipratique, il a été observé une augmentation du nombre d'enfants non soignés ou adressés directement vers d'autres types de structures (1). En effet, 95% des répondants qui déclaraient prendre en charge les enfants et adolescents, les adressaient plus ou moins régulièrement à des praticiens ayant une activité pédiatrique exclusive ou vers des services hospitaliers spécialisés (38).

1.2.1.2 La pratique libérale exclusive

En 2017, environ 112 chirurgiens-dentistes en France se déclaraient « exclusifs » en odontologie pédiatrique lors d'une enquête épidémiologique qui visaient à estimer leurs activités et leurs éventuelles difficultés (47). Même si ce chiffre aurait doublé en 2021 et concernerait 0,5% des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) cette même année, l'offre de soins proposée par ces praticiens ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins bucco-dentaires de la population infantile. En effet, leur répartition en France est inégale, avec une forte concentration des praticiens sur la ville de Paris et sa couronne (1).

1.2.1.3 Les structures hospitalières

Ces dernières années les centres hospitaliers (CH) et surtout hospitalo-universitaires (CHU) ont vu une augmentation des demandes en soins pédiatriques, allongeant de ce fait les délais de prise en charge.

Pour comprendre ce phénomène et préciser la nature de la demande en soins dans ces structures, une étude a été réalisée en 2018 au sein des départements d'odontologie pédiatrique hospitalo-universitaires des 16 facultés de chirurgie-dentaire françaises. Les enfants qui ont consulté dans ces services étaient âgés de 15 jours à 17 ans, avec une moyenne de 6,7 ans et un pic de fréquentation des consultations à 4-5 ans. Deux tiers d'entre eux avaient été orientés, majoritairement par un chirurgien-dentiste (74%) et le reste consultaient sous l'initiative parentale. Les motifs de consultation variaient en fonction de l'âge des enfants. Pour ceux âgés de moins de 6 ans, les motifs étaient principalement des refus de prise en charge par le chirurgien-dentiste (85.2%) et la non-coopération de l'enfant (60.3%). A partir de 6 ans, les motifs étaient plutôt liés à des problèmes particuliers (54.1%) ou parce que 54.2% des praticiens ne réalisaient pas le type de soin nécessaire. Ces soins sont détaillés en *Figure 3* (48).

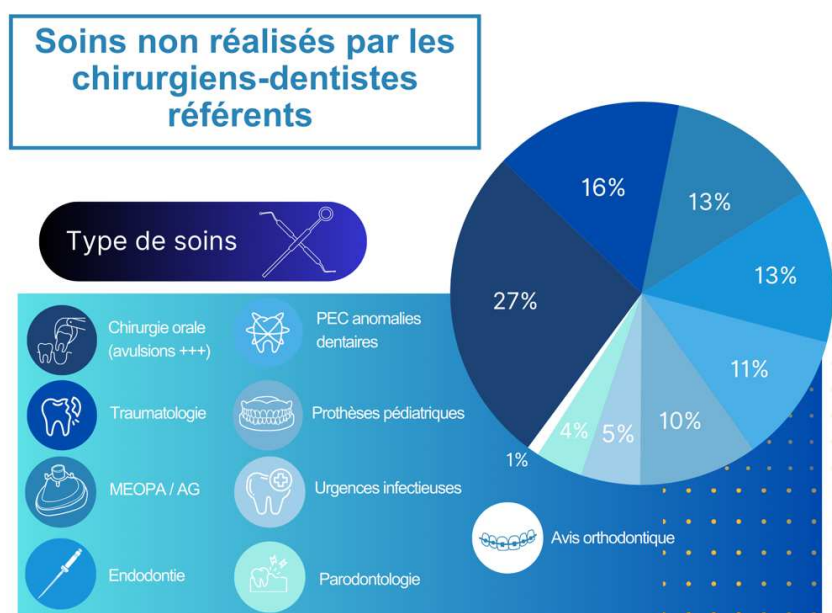


Figure 3 : Soins non réalisés par les chirurgiens-dentistes chez les enfants référés dans les structures hospitalo-universitaires françaises, source Fock King (48)

Cependant, ces structures ne peuvent pas assurer à elles seules les besoins en soins bucco-dentaires sur l'ensemble du territoire.

1.2.2 Dans les Hauts-de-France

1.2.2.1 L'état bucco-dentaire de la région

Entre 1999 et 2002, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a mené auprès d'enfants de maternelle, de CM2 et de 3^{ème} une étude qui visait à évaluer l'état de santé générale des enfants dans les différentes régions du pays. Au niveau de la santé orale, les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie (fusionnées aujourd'hui en région Hauts-de-France) faisaient partie de celles qui comptaient la plus forte proportion d'enfants ayant au moins deux lésions carieuses non soignées, avec respectivement 17.1% et 12.9% contre 9.5% au niveau national (49).

Entre 2005 et 2006, les ministères des Solidarités et de la Santé et l'Éducation Nationale se sont appuyés sur les bilans de santé obligatoires avant l'entrée en primaire afin de mettre en évidence les inégalités géographiques de santé selon les modes de vie. D'après cette étude, les enfants âgés de 5 à 6 ans de la région des Hauts-de-France (à l'époque Nord-Pas-de-Calais et Picardie) étaient parmi ceux ayant le plus de problèmes dentaires avec plus de 25% de participants porteurs d'au moins 2 lésions carieuses (*Figure 4*) (50).

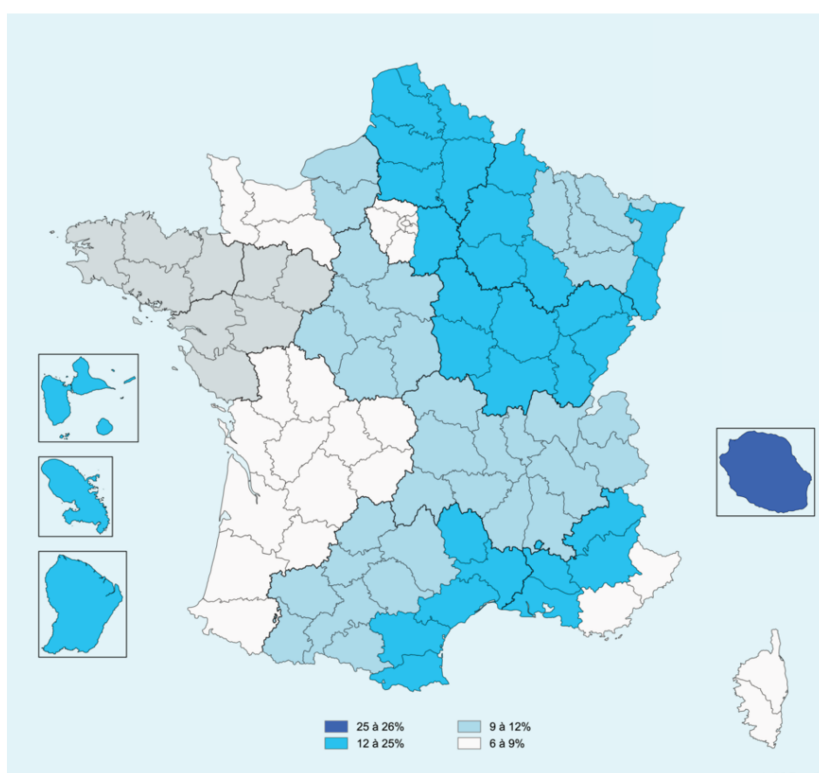


Figure 4 : Part des enfants en France qui présentaient au moins deux lésions carieuses, source DEPP (50)

1.2.2.2 Les difficultés d'accès aux soins

Avec 3 247 chirurgiens-dentistes inscrit à l'Ordre régional des Hauts-de-France au 1^{er} février 2024, les Hauts-de-France représentent 6.9% des 46 947 praticiens inscrits au tableau national (51).

Au 1^{er} février 2024, la densité moyenne régionale de 49 praticiens pour 100 000 habitants reste largement inférieure à celle observée au niveau national qui est de 69 praticiens pour 100 000 habitants (*Figure 5*) : le manque de praticiens dans cette région apparaît comme une inégalité d'accès aux soins.

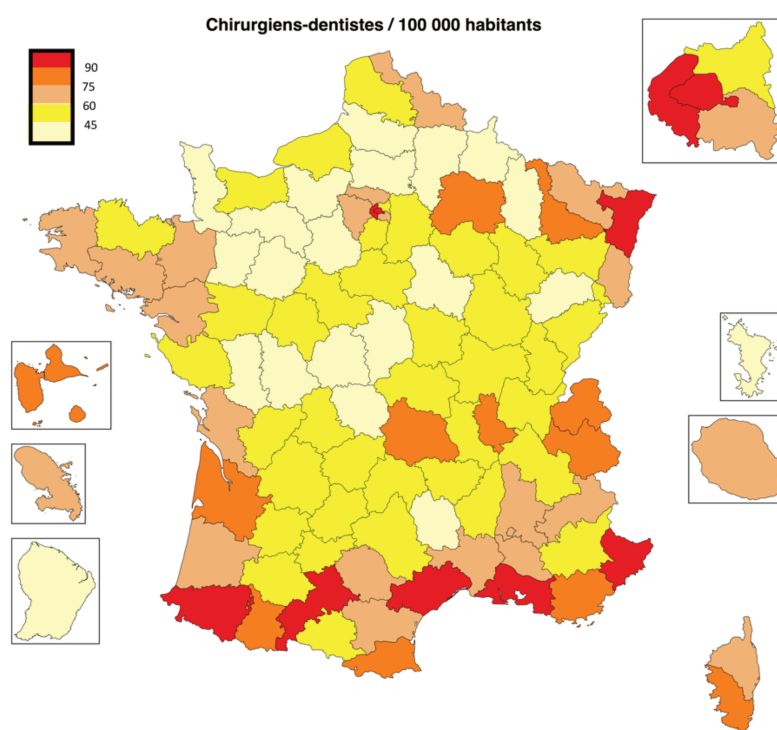


Figure 5 : Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants dans les départements français, source l'ONCD (51).

Cette inégalité s'observe au niveau national, mais également à l'intérieur même du territoire régional. En février 2023, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France a tiré la sonnette d'alarme dans un communiqué de presse après avoir mandaté un géographe de la santé. Ce dernier a réalisé une étude au sein de la région intitulée Diversités territoriales et inégalités d'accès aux soins (52).

Trois axes majeurs en sont ressortis :

- Il existe dans la région de grands écarts de densité entre les grandes zones urbaines représentées par Lille, Amiens et Dunkerque et 5 zones⁷ très sous dotées, avec moins de 22 praticiens pour 100 000 habitants, qui observent une densité faible et présentent une décroissance.
- Une décroissance marquée des densités de chirurgiens-dentistes a eu lieu, de 2014 à 2021, dans les espaces périphériques et dans les territoires centraux des agglomérations urbaines de la région.
- Un vieillissement relatif des chirurgiens-dentistes libéraux installés et celui-ci a même augmenté depuis 2014. Cependant, ce chiffre reste tout de même inférieur à la tendance nationale.

En plus de la barrière géographique, la difficulté d'accès aux soins de l'enfant est renforcée par son âge, car rappelons que 22% des chirurgiens-dentistes déclaraient ne pas prendre en charge les enfants (1). Toutefois ce chiffre relève d'une étude nationale et aucune n'avait été menée au sein de la région, dont la population âgée de moins de 15 ans représentent tout de même 19.1 %, soit la 2^e plus importante après les 45 – 59 ans (19.4%) d'après les derniers chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économique (INSEE) (53).

Depuis plusieurs années, un afflux de plus en plus important a été observé au sein de certains CH ou CHU afin d'apporter des soins à la population pédiatrique, la plupart référés par d'autres praticiens. En 2018, une étude sur les structures hospitalo-universitaires a rapporté que 84% des enfants reçus en consultations au sein service d'odontologie du CHU de Lille avaient été adressés par un autre praticien (54).

Ainsi, malgré des moyens humains et matériels importants, ces structures ne peuvent pas, à elles seules, répondre à l'ensemble des demandes de prise en soins des enfants de la région. Dans le but de favoriser l'accès aux soins des enfants dans ce territoire, une étude a été menée auprès des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France.

⁷ La 1^{ère} entre Montreuil-sur-Mer, l'Est de Boulogne-sur-Mer et Bruay-la-Buissère ; la 2^e entre Abbeville et Amiens ; la 3^e entre Beauvais et Saint-Quentin ; la 4^e sur le territoire Sambre-Avesnois-Thiérarche et la 5^e entre Compiègne et Soissons.

2. Matériels et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de caractériser l'activité des chirurgiens-dentistes dans la région, en particulier concernant la prise en charge des patients pédiatriques afin d'en réaliser une cartographie.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer le profil des praticiens et de leurs patients pédiatriques.
- Identifier les raisons de la non-prise en soins des enfants au sein des cabinets dentaires et les différentes options de réorientation qui étaient proposées.
- Relever les besoins exprimés par les praticiens en termes de formations ou de revalorisations financières, afin d'augmenter et/ou d'améliorer la prise en charge des enfants.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, réalisée sous la forme d'une enquête quantitative par questionnaires en ligne destinée aux chirurgiens-dentistes de la région des Hauts-de-France.

Elle a été promue par l'URPS chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France sous la direction du Dr Thomas Marquillier (MCU-PH UFR3S odontologie, service d'odontologie pédiatrique du CHU de Lille) et du Dr Marie Craquelin (CCU-AH UFR3S odontologie, service d'odontologie pédiatrique du CHU de Lille).

2.3 Population

2.3.1 Type de population

Cette étude s'adressait à la population des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France. Celle-ci était estimée à 3 247 praticiens au 1er février 2024 selon l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (51).

2.3.2 Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un chirurgien-dentiste inscrit à l'Ordre.
- Exercer dans la région des Hauts-de-France.
- Comprendre le français écrit.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Être un chirurgien-dentiste exerçant dans une autre région que celle des Hauts-de-France.
- Ne plus être en activité (retraité, arrêt d'activité, etc ...).

Le critère d'exclusion de cette étude était un taux de non-réponses de plus de 20% au questionnaire.

2.4 Questionnaires

2.4.1 Questionnaire n°1

Ce questionnaire (*Annexe 1*) se concentre sur l'activité des chirurgiens-dentistes dans les Hauts-de-France. Il comporte 20 questions générales et 29 sous-questions en fonction des réponses données par les participants.

Ces questions se divisent en 7 parties distinctes, réparties comme suit :

- Consentement.
- Caractéristiques des chirurgiens-dentistes.
- Activité générale des chirurgiens-dentistes.
- Prise en charge des patients mineurs.
- Prise en charge des patients mineurs à besoins spécifiques.
- Amélioration de la prise en charge des enfants.
- Informations complémentaires sur les participants.

2.4.1.1 Le consentement

Après une lettre d'information (*Annexe 2*) qui reprends les objectifs et les différentes informations liées à l'étude, la première question vise à recueillir le consentement libre, éclairé et explicite du participant. Cette question était la seule obligatoire afin de pouvoir poursuivre le questionnaire. Si le participant refusait de donner son consentement le questionnaire prenait automatiquement fin.

2.4.1.2 Caractéristiques des chirurgiens-dentistes

Cinq questions permettaient de comparer diverses sous-populations, afin de mettre en évidence différents déterminants qui pouvaient avoir une influence sur la prise en charge des enfants :

- Le genre.
- L'année de naissance.
- Le département d'exercice.
- Le groupement communal rattaché au département d'exercice.
- Le lieu de formation universitaire.

2.4.1.2.1 Groupement communal

Pour réaliser une cartographie de la prise en charge des enfants la plus précise possible, après lecture des résultats tout en conservant l'anonymat du participant, le groupement communal rattaché au lieu d'exercice a été demandé plutôt que la ville.

Une carte des intercommunalités (exemple en *Figure 6*) était disponible en fonction du département choisi à la question précédente afin d'aider le praticien dans sa réponse (55).

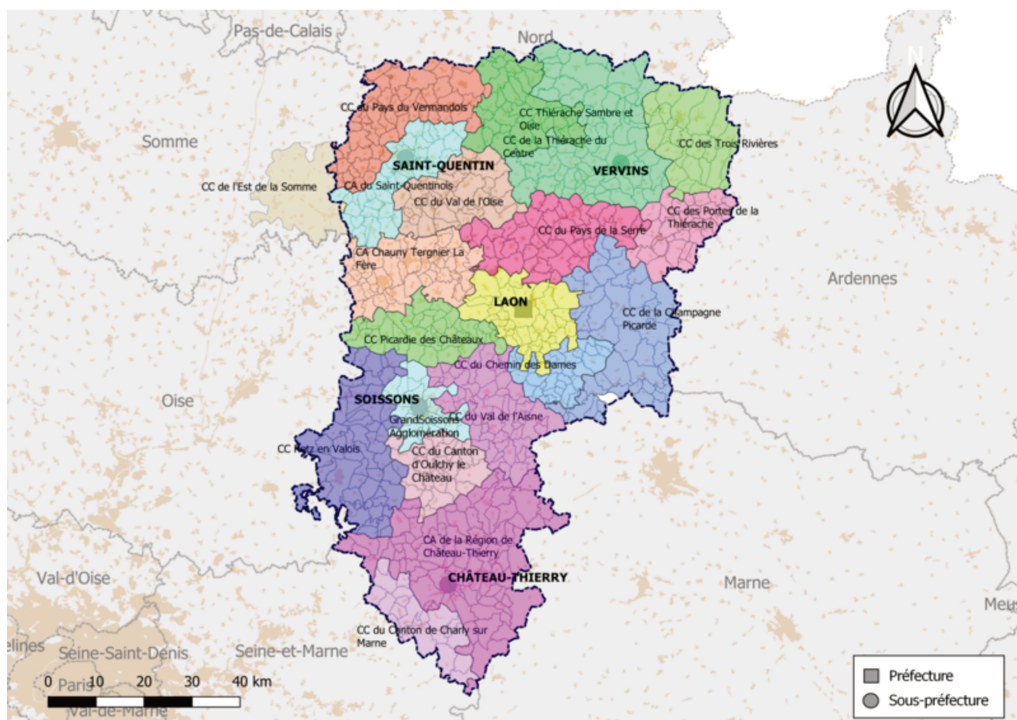


Figure 6 : Carte des intercommunalités du département de l'Aisne, Service Public (56).

2.4.1.3 Activité générale de la population étudiée

Trois questions et trois sous-questions portaient sur l'activité générale du praticien à savoir :

- Une question sur l'exercice d'une spécialité, si la réponse était « oui » il était demandé de renseigner celle-ci dans une autre sous-question.
- Une question sur la pratique d'une activité exclusive, si la réponse était « oui » il était demandé de renseigner le ou les domaines d'exercice dans une sous-question.
- Une question sur l'exercice orienté vers une ou plusieurs disciplines, si la réponse était « oui » il était demandé de la / les renseigner dans une autre sous-question.

2.4.1.4 Prise en charge des patients mineurs

La 1^{ère} question de cette partie visait à savoir si le répondant prenait en soins des enfants de moins de 18 ans dans sa pratique courante.

2.4.1.4.1 Praticiens qui prenaient en soins les enfants

Plusieurs sous-questions visaient à préciser cette prise en charge. Dans un premier temps, elles cherchaient à connaître quelles tranches d'âge étaient prises en soins par les praticiens :

- Les enfants âgés de 0 à 3 ans.
- Les enfants âgés de 4 à 6 ans.
- Les enfants âgés de 7 à 10 ans.
- Les enfants de plus de 10 ans.

Pour chaque tranche d'âge, lorsque la réponse était « oui », il était demandé dans une autre sous-question de choisir parmi une liste d'actes quel(s) soin(s) étai(en)t réalisé(s) sur ces enfants.

2.4.1.4.1.1 Choix des tranches d'âge

Les différentes tranches d'âge proposées dans l'étude ont été faite en fonction des niveaux de développement de l'enfant et de sa susceptibilité à être orienté vers un chirurgien-dentiste (57).

De 0 à 3 ans l'enfant réalise l'éruption de ses dents temporaires et il n'est pas encore concernés par les examens de prévention bucco-dentaire offert par l'Assurance Maladie, qui débute à partir du 3^e anniversaires (58).

De 4 à 6 ans, l'enfant est dans une phase de stabilité de sa denture temporaire jusqu'à l'apparition de ses 1ères molaires permanentes qui marque le début de la denture mixte.

Les enfants de 7 à 10 ans sont dans la phase de stabilité de leur denture mixte jusqu'à l'éruption des prémolaires ou des canines permanentes (57).

Enfin, les enfants de plus de 10 ans rentre dans la pré-adolescence, ils cherchent à s'affirmer et à gagner en liberté mais ils gardent tout de même des besoins et des affects d'enfants (59).

2.4.1.4.2 Praticiens qui ne prenaient pas d'enfants en soins

Quand le répondant ne prenait pas en charge les enfants de façon générale ou une tranche d'âge spécifique, une sous-question visait à en connaître les raisons. Une seconde sous-question permettait de relever les solutions que le chirurgien-dentiste proposait, ou non, pour ces enfants non pris en soins.

2.4.1.5 Prise en charge de patients mineurs à besoins spécifiques

Dans cette partie trois questions se penchaient sur la prise en charge particulière de certains patients :

- Une question concernait les enfants porteurs de maladies chroniques.
- Une question concernait les enfants porteurs d'handicaps.
- Une question portait sur l'influence de la prise en charge d'un enfant lorsque celui-ci était adressé par un médecin ou un centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile), ainsi que la façon de communiquer ou non avec eux dans deux autres sous-questions.

2.4.1.6 Amélioration de la prise en charge des enfants

Trois questions et deux sous-questions cherchaient à connaître les éléments qui pourraient permettre, selon les participants, d'améliorer les soins ou la prise en soins des patients pédiatriques :

- Une question portait sur l'intérêt et l'envie des praticiens de participer ou non à des formations complémentaires visant à améliorer la prise en charge des enfants. Si la réponse était « oui », une liste de plusieurs domaines de formation était proposée dans une autre sous-question.
- Deux questions accompagnées d'une sous-question portaient sur la revalorisation prochaine par la nouvelle convention⁸ des soins d'odontologie pédiatrique et son éventuel impact sur la prise en charge des enfants par le praticien répondant.

⁸ Convention mise en application le 25 février 2024, soit après le début de la période d'inclusion.

2.4.1.7 Informations complémentaires sur les participants

Cette dernière partie était plus générale et cherchait à apporter des informations complémentaires sur les praticiens via quatre questions et quatre sous-questions :

- Une question et une sous-question s'intéressaient au personnel des cabinets dentaires des participants.
- Le praticien pouvait indiquer s'il faisait partie d'un réseau de soin avec une question et d'en préciser le nom dans une autre sous-question.
- Une autre question accompagnée de deux sous-questions portaient sur l'intérêt du praticien pour le projet de réforme de l'assistant de niveau 2.

La dernière question de l'étude recherchait à connaître les praticiens qui souhaitaient laisser leurs coordonnées dans un deuxième questionnaire distinct afin d'être recontactés ou de recevoir les résultats de cette recherche.

2.4.2 Questionnaire n°2

Ce questionnaire (*Annexe 3*: Questionnaire n°2) visait à recueillir les coordonnées des praticiens. Il comportait une question générale qui demandait l'accord du praticien pour donner ses coordonnées ainsi que deux sous-questions, si celui-ci répond « oui » à la question précédente.

La première sous-question recherchait la raison pour laquelle le praticien souhaitait laisser ses coordonnées :

- Pour connaître les résultats de l'enquête.
- Pour être recontacté pour des entretiens en lien avec l'enquête.
- Pour approfondir des notions ou poser des questions en lien avec l'enquête.
- Pour une autre raison.

La deuxième sous-question permettait au répondant de laisser ses coordonnées (nom, prénom, mail ou numéro de téléphone).

2.5 Recueil des données

2.5.1 Outils de recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire électronique (e-CRF⁹) hébergé sur la plateforme sécurisée utilisée par la faculté de Lille : Limesurvey.

Ce questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire de l'URPS chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France via mailing liste, ainsi que par le Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Nord.

2.5.2 Durée de recueil des données

L'inclusion des sujets s'est déroulée du 15 janvier au 10 mars 2024 inclus.

2.5.3 Anonymisation des données

Le serveur Limesurvey, mis à disposition par l'Université de Lille, a permis de collecter les données de l'enquête de façon anonyme. Une note introductive (consultable en **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) dans la première question rappelait aux sujets de ne pas indiquer d'éléments qui auraient pu permettre de les identifier. Pour protéger l'anonymat des réponses tout en collectant leurs coordonnées, un lien était accessible à la fin de l'enquête afin d'accéder à un second questionnaire indépendant (Annexe 3 : Questionnaire n°2), qui permettait aux praticiens qui le souhaitaient de laisser leurs informations personnelles sans être reliés aux réponses précédentes.

2.5.4 Sécurité des données

La sécurité des données a été assurée en utilisant la plateforme sécurisée et mis à disposition par l'Université de Lille pour l'hébergement du questionnaire. Les données ont été colligées dans un fichier informatisé type Excel, protégé par un mot de passe et accessible uniquement par les investigateurs. A la fin de la recherche, ces données seront conservées pendant 5 ans.

⁹ Case Report Form.

2.6 Analyse des données

2.6.1 Logiciels

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel tableur Excel® (version 16.60, 2021).

2.6.2 Analyse et traitements des données

Une analyse statistique descriptive des données collectées a été réalisée. La seule donnée quantitative de cette recherche était l'âge des praticiens interrogés, elle a été décrite par la moyenne et l'écart-type. Les données qualitatives, quant à elles, ont été décrites selon les effectifs et les pourcentages de chaque réponse.

2.6.3 Traitement des données manquantes

Les données manquantes ont été traitées par imputation simple pour correction de la non-réponse. Si le nombre de non-réponse d'un participant dépassait 20%, son questionnaire était exclu.

2.7 Considérations éthiques

Une lettre d'information (Annexe 2) était présente sur la première page du e-CRF, celle-ci renseignait sur :

- les investigateurs de l'enquête,
- les objectifs de l'étude,
- les critères d'inclusion,
- le temps de réponse estimé,
- la durée de conservation et la sécurité des données.

Après cette lettre d'information, le consentement libre, éclairé et explicite écrit des participants a été recueilli en amont avec une case à valider obligatoirement pour accéder à la suite du questionnaire ; ainsi si le participant indiquait ne pas être consentant le questionnaire prenait automatiquement fin.

2.8 Démarches réglementaires

Cette étude visait à évaluer les modalités d'exercice de professionnels de santé et n'avait pas pour finalité de développer des connaissances biologiques ou médicales : il ne s'agissait donc pas d'une Recherche Impliquant la Personne Humaine (hors RIPH). Elle n'entrait alors pas dans la catégorie des recherches cliniques encadrées par la loi Jardé (60).

Avant de débiter l'étude, un dossier de déclaration de recherche a été rédigé et soumis au délégué de la protection des données (DPO) de l'Université de Lille, afin d'en vérifier la conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Celui-ci ne s'appliquant pas sur les enquêtes anonymes, notre recherche a été exonérée de la déclaration auprès de la CNIL dans la mesure où les consignes suivantes sont bien respectées :

- Respecter la confidentialité des données en utilisant un serveur LimeSurvey mis à disposition par l'Université de Lille.
- Garantir que seul l'investigateur et le directeur de thèse puissent accéder aux données.
- Supprimer l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance de la thèse.
- Informer les personnes interrogées par une mention d'information au début du questionnaire. Cette lettre correspond à la 1^{ère} question de notre étude qui cherche à obtenir le consentement du participant (Annexe 2).

Le récépissé d'attestation de déclaration a été délivré par le délégué DPO le 30 novembre 2023.

2.9 Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts lié à cette recherche n'est à déclarer.

3. Résultats

481 chirurgiens-dentistes sur les 3 247 inscrits aux tableaux des cinq Ordres départementaux de la région des Hauts-de-France au 8 février 2024 ont répondu à l'enquête, soit 14.8 % des praticiens de la région. Après application du critère d'exclusion, l'ensemble des résultats et des analyses portaient sur 391 questionnaires, soit 12 % des praticiens des Hauts-de-France.

3.1 Description de la population étudiée

3.1.1 Genre

Sur les 385 praticiens qui ont renseigné leurs genres (*Figure 7*) :

- 200 étaient des femmes (51.9%),
- 184 étaient des hommes (47.8%),
- 1 personne s'identifiait comme « autre » (0.3%).

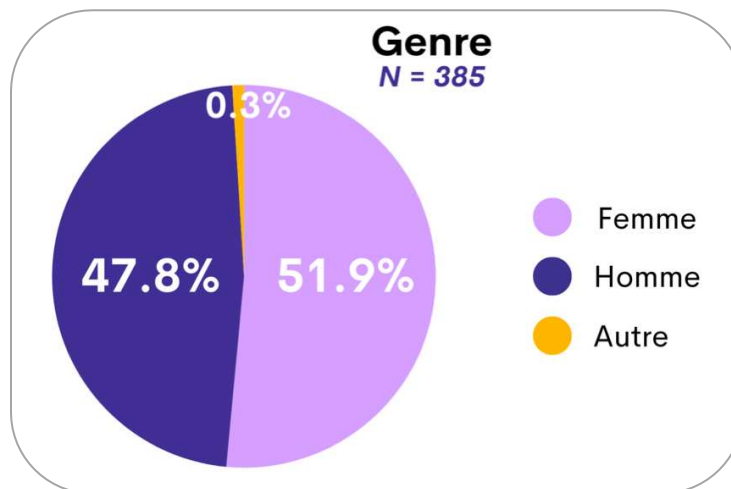


Figure 7 : *Diagramme circulaire des genres des praticiens, illustration personnelle*

3.1.2 Âge

L'âge moyen des répondants était de 44.73 ± 12 ans, avec une répartition décrite le selon le diagramme ci-après (Figure 8).

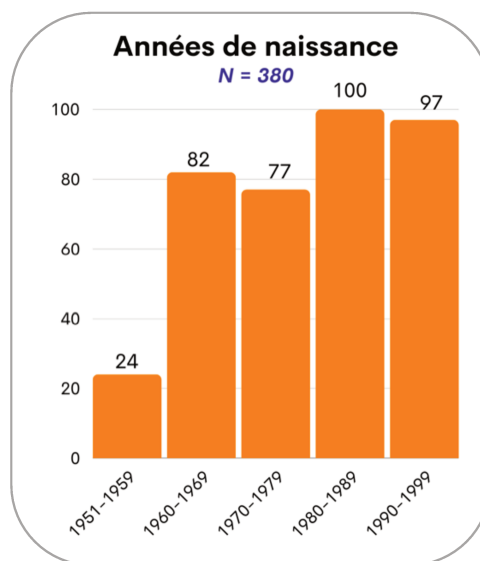


Figure 8 : Diagramme à barres verticales des effectifs par tranche d'âge des praticiens répondants,
illustration personnelle

3.1.3 Lieu d'exercice

3.1.3.1 Départements

Les lieux d'exercices des praticiens se répartissaient comme suit :

- 4% (17 praticiens) se situaient dans le département de l'Aisne,
- 62% (240 praticiens) se situaient dans le département du Nord,
- 7% (26 praticiens) se situaient dans le département de l'Oise,
- 23% (90 praticiens) se situaient dans le département du Pas-de-Calais,
- 4% (15 praticiens) se situaient dans le département de la Somme.

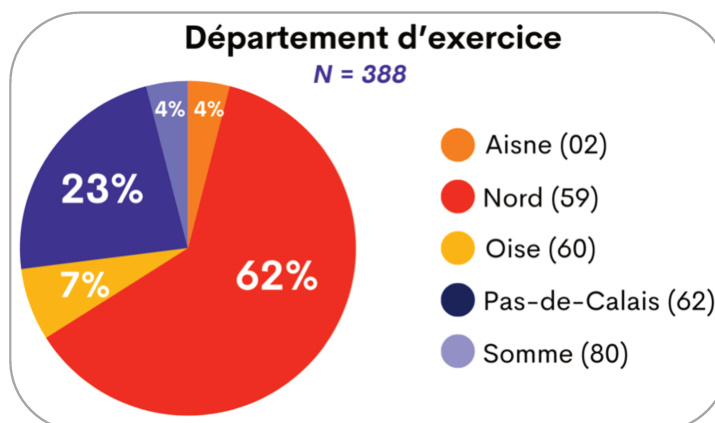


Figure 9 : Diagramme circulaire des départements d'exercices des praticiens, illustration personnelle

3.1.4 Formation universitaire

Les lieux de formation universitaire étaient majoritairement situés en France avec 94% de praticiens formés dans une des 15 villes possédant une faculté de chirurgie-dentaire, alors que 6% des praticiens ont été formés dans une université étrangère. La répartition de ces facultés est retrouvée dans le diagramme ci-dessous (Figure 11).

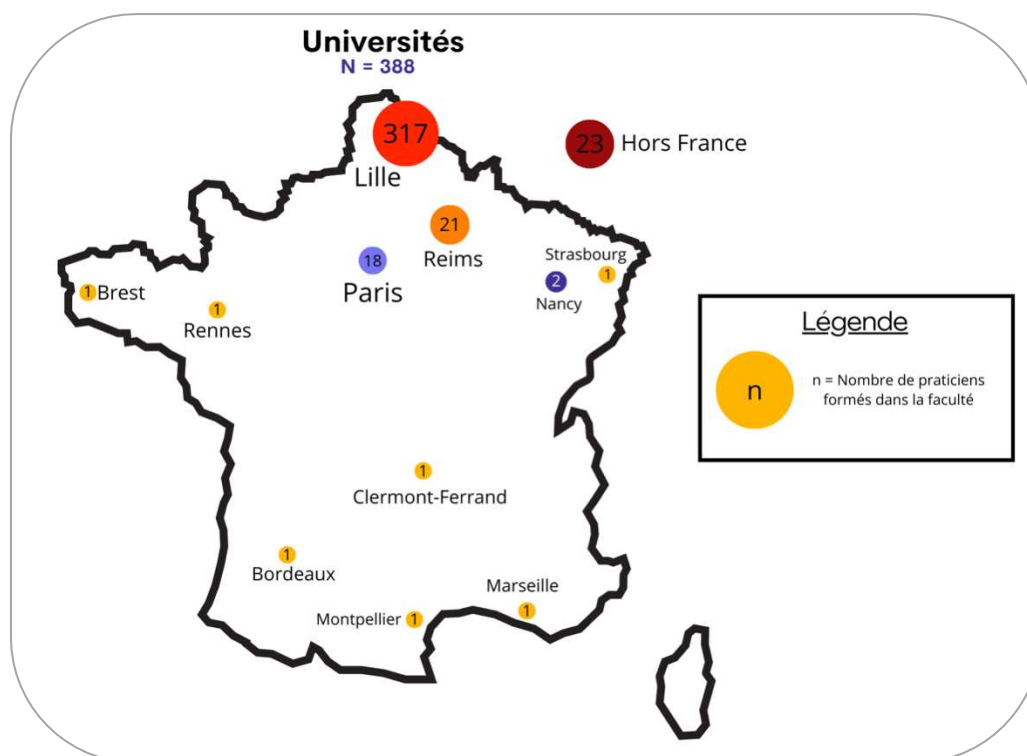


Figure 11 : *Carte de la France représentant la répartition des lieux de formation universitaire des répondants, illustration personnelle*

Les facultés de Lyon, Nantes, Nice et Toulouse n'ont été indiquées par aucun des participants.

3.2 Activité générale de la population étudiée

Parmi les praticiens répondants, 30 étaient spécialistes (soit 8% au total), 43 déclaraient exercer une activité exclusive (soit 11%) et 101 pratiquaient une activité orientée vers une ou plusieurs disciplines (soit 26%). La répartition des spécialités et disciplines exercées est détaillée dans la Figure 12.

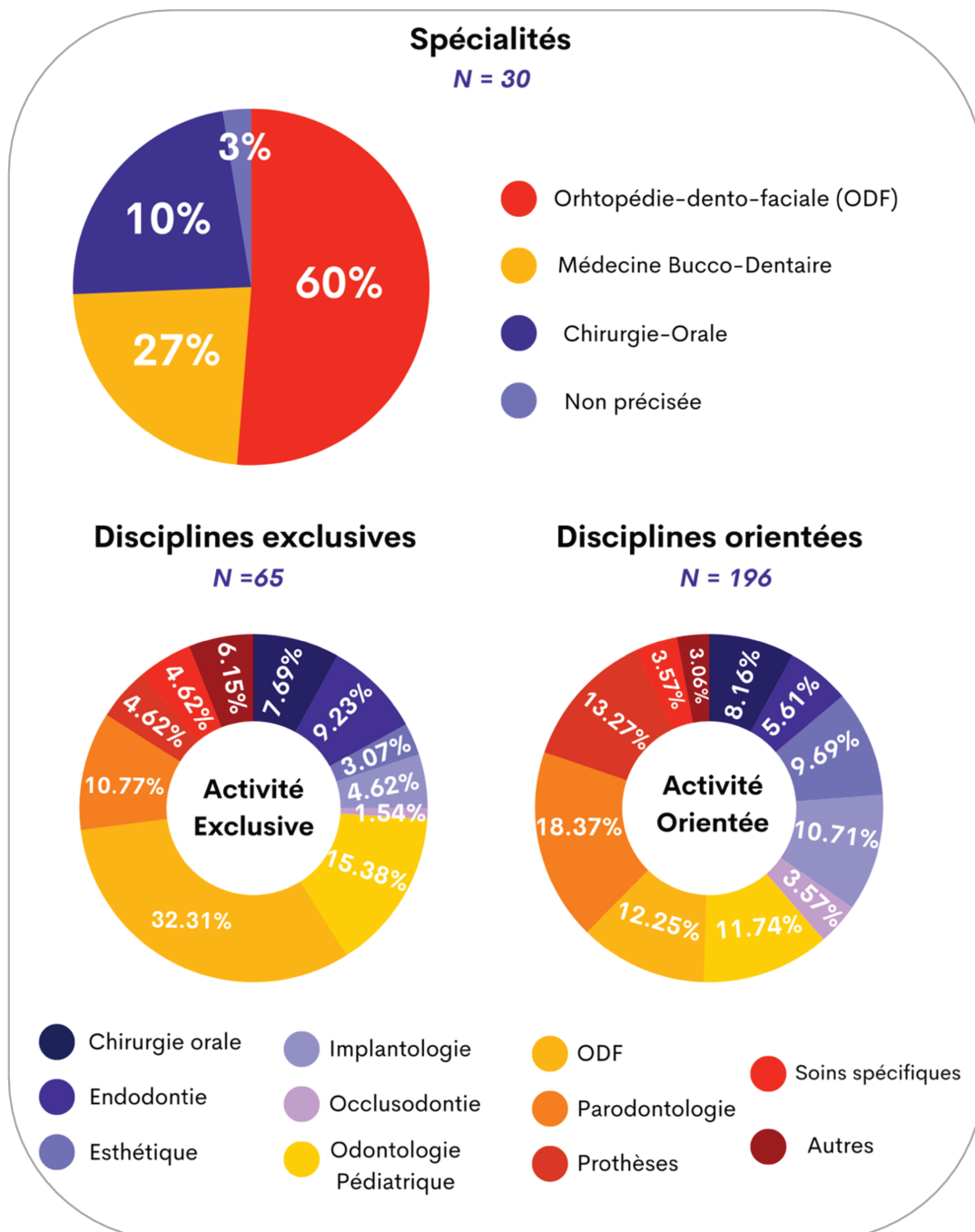


Figure 12 : Diagrammes circulaires de la répartition des spécialités, des disciplines exclusives et des disciplines orientées exercées par les praticiens, illustration personnelle¹⁰

9% des chirurgiens-dentistes qui se déclaraient exclusifs exerçaient des types de disciplines qualifiées d'« autres » :

- Les soins conservateurs,
- La prophylaxie,
- L'orthopédie-dento-faciale pédiatrique,
- La pratique de l'anesthésie générale.

¹⁰ Pour les disciplines exclusives et orientées plusieurs choix de réponses étaient possibles. L'effectif (N) correspond au total de réponses obtenues et ces effectifs ont été utilisés pour calculer les ratios des diagrammes.

Pour les praticiens avec une activité dite orientée, les « autres » types de disciplines (6%) étaient :

- La prévention et la prophylaxie,
- Les soins conservateurs,
- L'orthodontie pédiatrique,
- Le sommeil,
- La prise en charge des patients porteurs d'handicaps.

3.3 Prise en charge des patients pédiatriques

Sur les 391 questionnaires retenus, 383 chirurgiens-dentistes (soit 98%) ont déclaré prendre en soins des patients mineurs âgés de moins de 18 ans, tandis que 8 praticiens (soit 2%) ont déclarés n'en prendre aucun en charge.

3.3.1 Praticiens qui prenaient en soins les enfants

La répartition de la prise en soins des enfants en fonction de leurs tranches d'âge ainsi que les différents types de soins réalisés pour chacune d'elles ont été résumés ci-dessous (Figure 13 et Tableau 1).

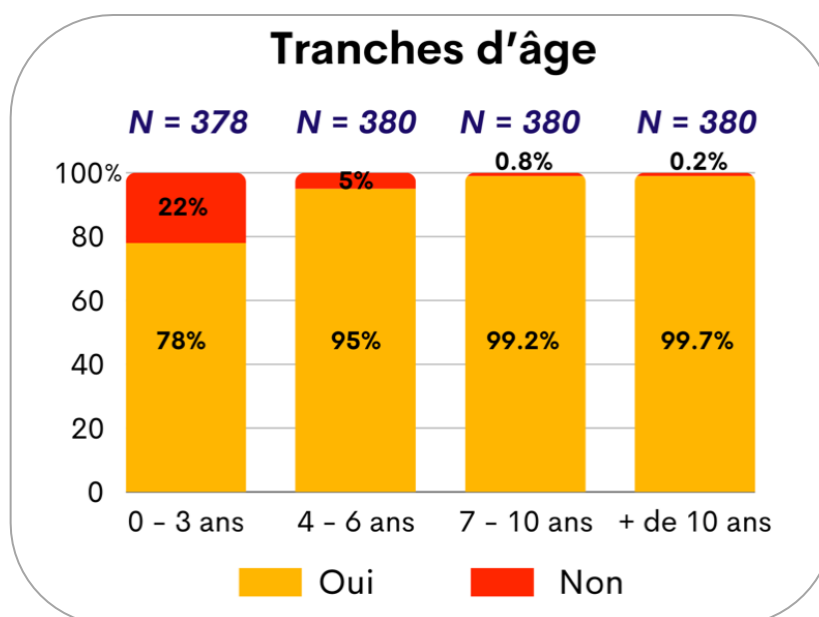


Figure 13 : Diagramme à barres verticales représentant le taux de prise en charge ou non par les praticiens en fonction de chaque tranche d'âge, illustration personnelle

Tableau 1 *Tableau des actes réalisés par les praticiens en fonction des catégories d'âges des enfants, source personnelle*

Thérapeutiques (Plusieurs choix possibles)	0 – 3 ans N = 296 n (%)	4 – 6 ans N = 362 n (%)	7 – 10 ans N = 377 n (%)	< 10 ans N = 379 n (%)
<i>Consultations sans acte technique / Contrôles / Examen bucco-dentaire</i>	290 (98)	344 (95)	354 (94)	356 (94)
<i>Prophylaxie</i>	225 (76)	315 (87)	331 (88)	340 (88)
<i>Soins endodontiques</i>	56 (19)	185 (51)	259 (69)	310 (82)
<i>Soins conservateurs</i>	165 (56)	323 (89)	345 (92)	348 (92)
<i>Chirurgie</i>	111 (38)	250 (69)	305 (81)	313 (83)
<i>Actes orthodontiques</i>	10 (3)	32 (9)	45 (12)	48 (13)
<i>Autres types d'actes (prothèse, esthétique...)</i>	23 (8)	41 (11)	65 (17)	106 (28)

3.3.2 Praticiens qui ne prenaient pas en soins les enfants

3.3.2.1 Praticiens qui ne prenaient pas d'enfant en soins

3.3.2.1.1 Description de la population

Les chirurgiens-dentistes de cette catégorie sont majoritairement des hommes (63% contre 25% de femmes) et âgés de $53,25 \pm 11$ ans.

Leur répartition géographique est la suivante :

- 1 praticien dans le département de l'Aisne (02),
- 2 praticiens dans le département du Nord (59),
- 1 praticien dans le département de l'Oise (60),
- 1 praticien dans le département du Pas-de-Calais (62),
- 2 praticiens dans le département de la Somme (80).

3.3.2.1.2 Raisons de la non prise en soins

Les raisons évoquées par les 2% de praticiens (8 personnes), qui ne prenaient aucun enfant en soins, étaient essentiellement liées à la difficulté de coopération de ces patients (37%) et à une activité jugée trop stressante (27%).

Les autres raisons évoquées étaient :

- Un sentiment de manque de compétence pour les prendre en charge (9%).
- Une activité jugée trop peu rémunératrice (9%).
- Une prise en charge déjà effectuée par un associé du cabinet (9%).
- Une patientèle non concernée du fait de l'activité orientée ou exclusive du praticien (9%).

3.3.2.1.3 Alternatives de prise en charge

Dans 50% des cas ils adressaient les enfants qu'ils ne prenaient pas en charge vers un confrère dit « spécialisé » et les 50% restants les adressaient plutôt vers un confrère « kids friendly ».

3.3.2.2 Praticiens qui ne prenaient pas en soins toutes les tranches d'âge

3.3.2.2.1 Description de la population

Le tableau qui suit illustre les caractéristiques des chirurgiens-dentistes qui ne prenaient pas en soins tous les enfants. Un des praticiens a indiqué prendre en charge les enfants de façon générale mais a répondu négativement pour chaque tranche d'âge sans en préciser les raisons ce qui explique les résultats concernant la catégorie 10 ans et plus.

Tableau 2 : Tableau de la répartition du genre et de l'âge moyen des praticiens en fonction des tranches d'âge non prise en soins, source personnelle

	0 – 3 ans N = 82 n (%)	4 – 6 ans N = 18 n (%)	7 – 10 ans N = 3 n (%)	10 ans et plus N = 1 n (%)
Genre				
Masculin	46 (56)	12 (67)	1 (33)	1 (100)
Féminin	35 (43)	5 (28)	2 (67)	0 (0)
Autre	1 (1)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
Âge moyen	48.7 ans	47.4 ans	30.3 ans	33 ans
Écart type	±13 ans	±15 ans	± 4 ans	± 0

3.3.2.2.2 Raisons de la non prise en soins

La raison principale du refus de prise en soins pour une tranche d'âge donnée était la coopération de l'enfant jugée trop difficile pour 39%, 41%, 33% et 100% des praticiens dans l'ordre pour les catégories de 0 à 3 ans, de 4 à 6 ans, de 7 à 10 ans et de plus de 10 ans. En ce qui concerne les enfants âgés de 0 à 3 ans les autres raisons spécifiées étaient :

- Le sentiment d'avoir un manque de compétence / peur de mal faire (16%).
- Une activité jugée trop stressante (16%).
- Une rémunération des actes pédiatriques jugées insuffisantes (9%).
- L'impossibilité de débiter un traitement orthodontique avant 3 ans (8%).
- Une absence de demande pour cet âge (6%).
- Une patientèle non concernée en rapport avec l'activité du praticien (3%).
- Un défaut d'équipement pour accueillir ce type de patient ou lié au manque de personnel rendant difficile ce type de prise en charge (2%).

Pour les autres catégories d'âges, ces raisons étaient :

- Le stress causé par ce type d'activité (19% pour les 4-6 ans).
- Patients non concernés par le type d'activité exercé par le praticien (15% pour les 4-6 et 67% pour les 7-10 ans).
- Activité trop peu rémunératrice (11% pour les 4 – 6 ans).
- Le manque de compétences pour ces soins (11% pour les 4 – 6 ans).
- Le manque d'équipement ou de personnels (4% pour les 4 – 6 ans).

3.3.2.2.3 Alternatives de prise en charge

La majorité des praticiens réadressaient les patients qu'ils ne prenaient pas en soins :

- Chez un confrère dit « spécialisé », selon l'ordre croissant des tranches d'âge pour 58%, 54%, 50 et 0% des enfants.
- Chez un confrère omnipraticien qui soigne les enfants pour 13%, 21%, 50% et 100% des enfants.
- Vers un service hospitalier pour 20 et 21% pour les enfants de 0 – 3 ans et 4 – 6 ans.

Seuls les enfants de moins de 3 ans et âgés de 4 à 6 ans était simplement refusés sans autres alternatives, respectivement, par 9% et 4% des praticiens.

3.3.3 Cartographies de la prise en charge selon l'âge

A partir des résultats de l'étude, des cartographies ont été réalisées pour chaque tranche d'âge¹¹ (Figure 14Figure 15Figure 16) afin de détailler le nombre de praticiens qui prennent ou non en soins des mineurs pour 100 000 enfants dans les groupements communaux de la région des Hauts-de-France.

Le tableau suivant présente les densités moyennes des praticiens qui prennent en charge les enfants, par tranches d'âge, dans les Hauts-de-France et qui ont répondu à notre étude.

Tableau 3 : Densité moyenne de praticiens qui prennent en charge les mineurs pour 100 000 enfants en fonction de chaque tranche d'âge, source personnelle

Tranche d'âge	Densité moyenne de praticiens pour 100 000 enfants
<i>0 – 3 ans</i>	1.6
<i>4 – 6 ans</i>	1.9
<i>7- 10 ans</i>	2.0
<i>10 ans et plus</i>	2.0
TOTAL	1.9

¹¹ Les résultats obtenus pour les enfants de la tranche d'âge de 7 à 10 ans et les enfants de 10 ans et plus étaient identiques. Ces deux tranches d'âges ont été fusionnées en une seule catégorie et ont donc été représentées sur une seule et même carte (Figure 16).

Prise en charge des enfants de 0 à 3 ans

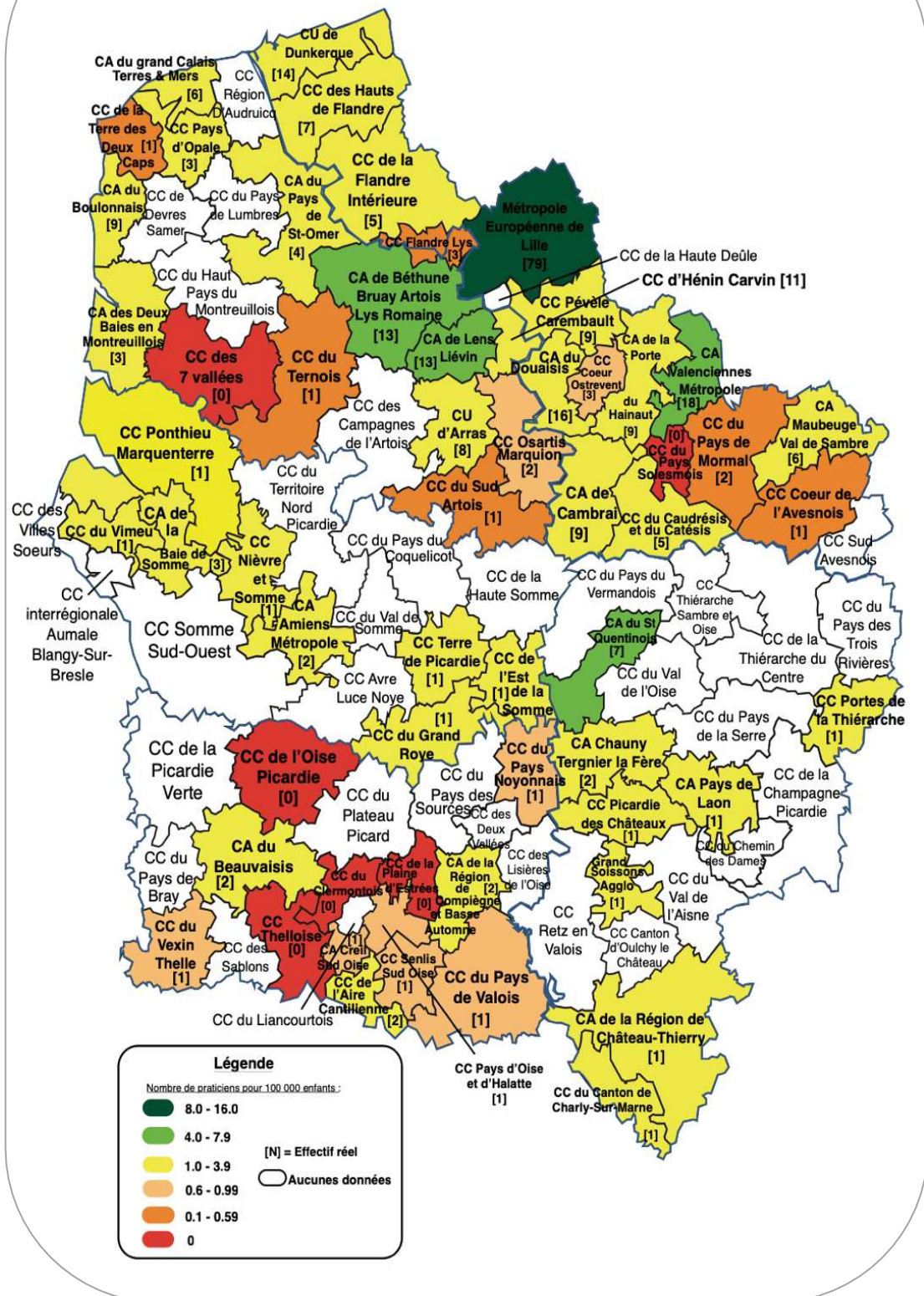


Figure 14 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 0 à 3 ans pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal, source personnelle

Prise en charge des enfants de 4 à 6 ans

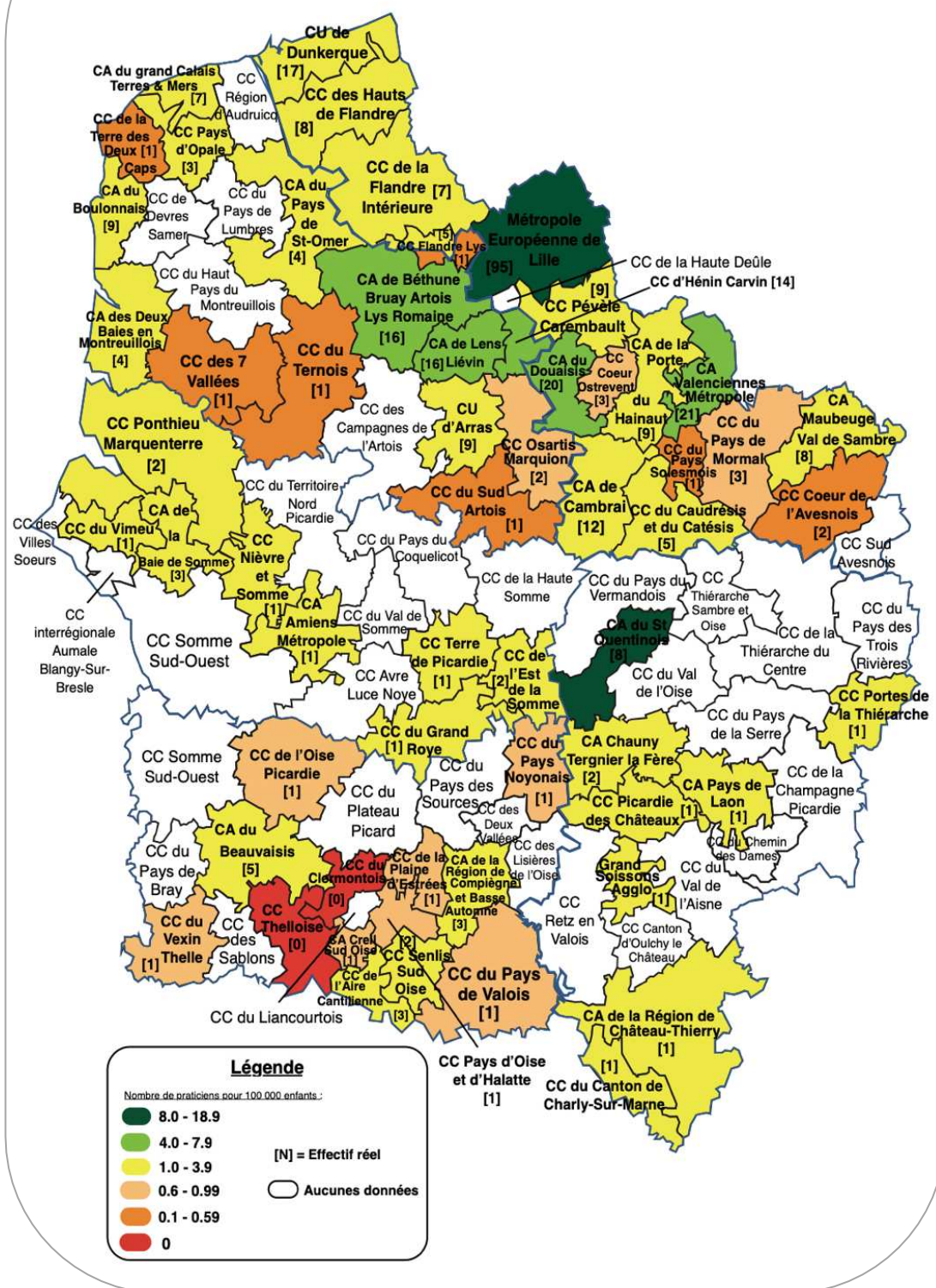


Figure 15 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 4 à 6 ans pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal.

source personnelle

Prise en charge des enfants de 7 ans et plus

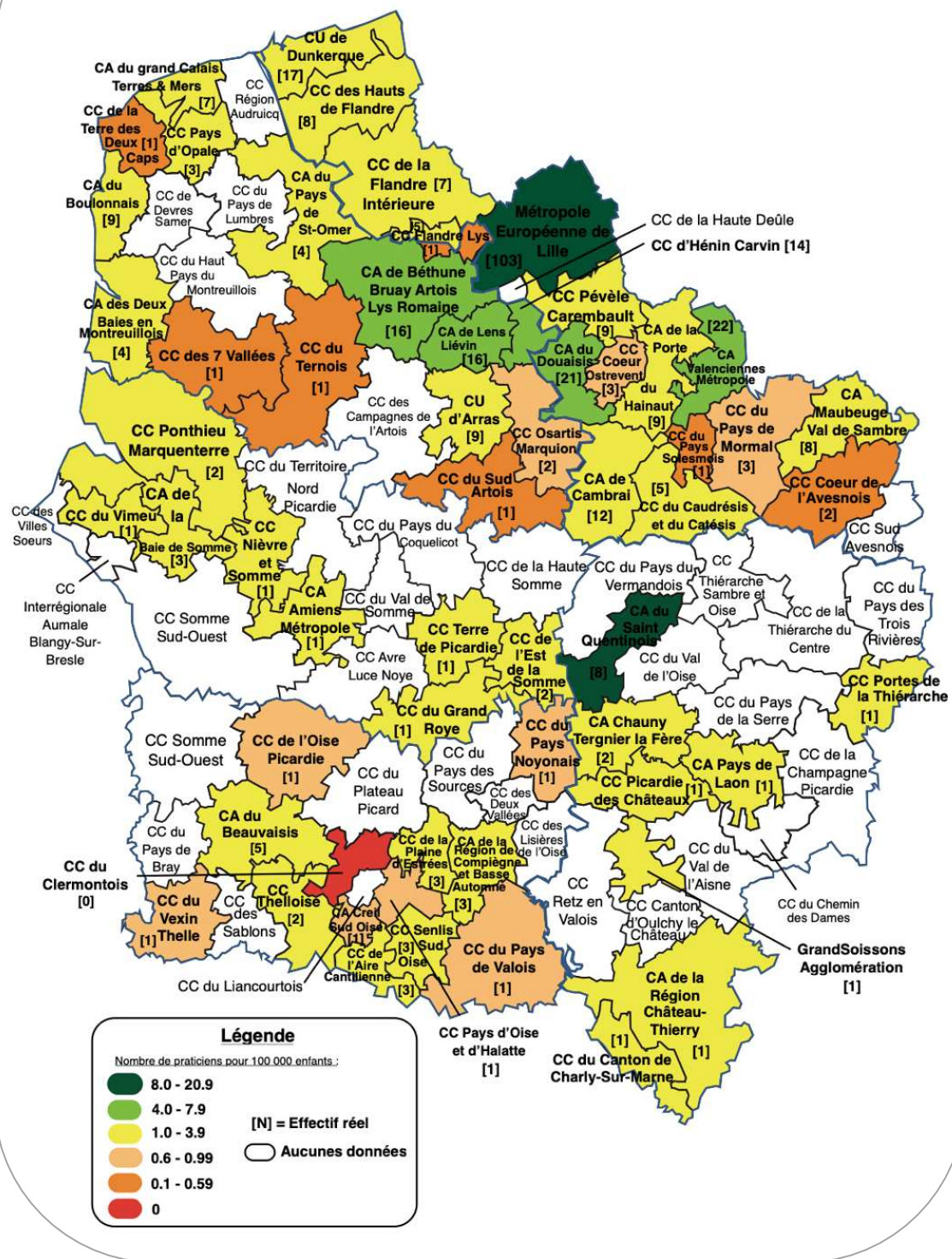


Figure 16 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 7 ans et plus pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal. source personnelle

3.3.4 Prise en charge des patients mineurs à besoins spécifiques

Concernant les patients à besoins spécifiques, les enfants porteurs de maladies chroniques étaient davantage pris en soins par les praticiens (92%) par rapport aux enfants porteurs d'handicaps (87%) (Figure 17).

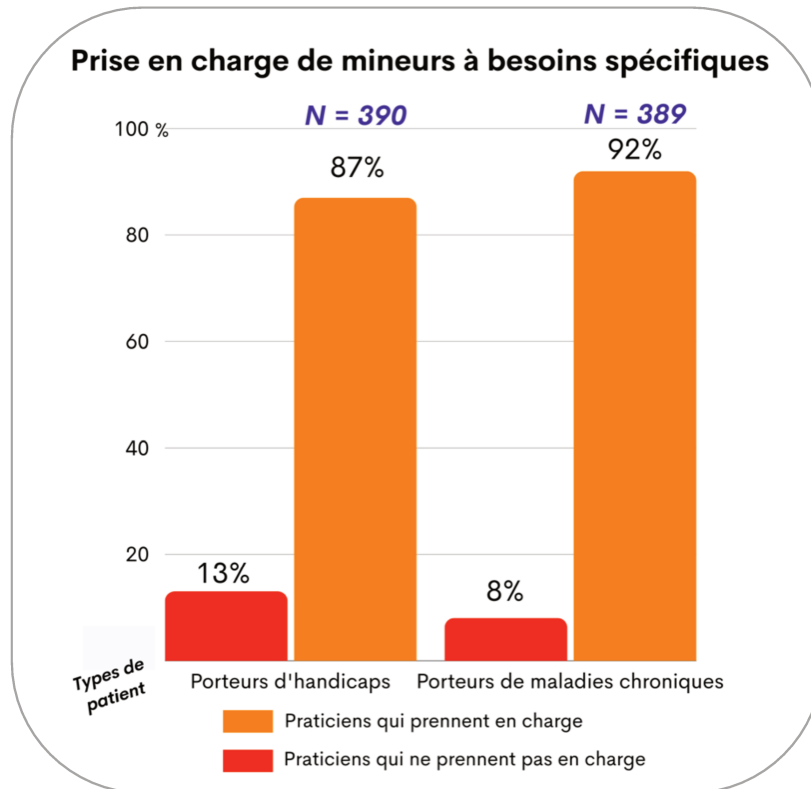


Figure 17 : Diagrammes à barres des pourcentages de praticiens prenant ou non en charge des patients mineurs à besoins spécifiques, illustration personnelle

3.3.5 Prise en charge lorsque le patient est adressé

Le fait qu'un enfant soit adressé, par un médecin ou un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) par exemple, n'avait pas d'influence sur le choix de sa prise en charge pour 85% des répondants. Parmi eux, 61% communiquaient avec les structures qui leurs avaient adressé ces patients et ce par divers moyens :

- 38% communiquaient par courrier,
- 28% communiquaient par téléphone,
- 30% utilisaient les mails comme moyens de communication,
- 2% utilisaient une messagerie sécurisée spécifique,
- 2% communiquaient directement par voie orale (milieu hospitalier).

3.4 Amélioration de la prise en charge

3.4.1 Formations complémentaires

176 praticiens, soit 46%, se disaient intéressés pour participer à des formations complémentaires, dont les domaines sont détaillés dans le diagramme ci-après, afin de les aider dans la prise en charge des enfants. Au contraire 208 praticiens (54%) ne semblaient pas intéressés par ce genre de formations.

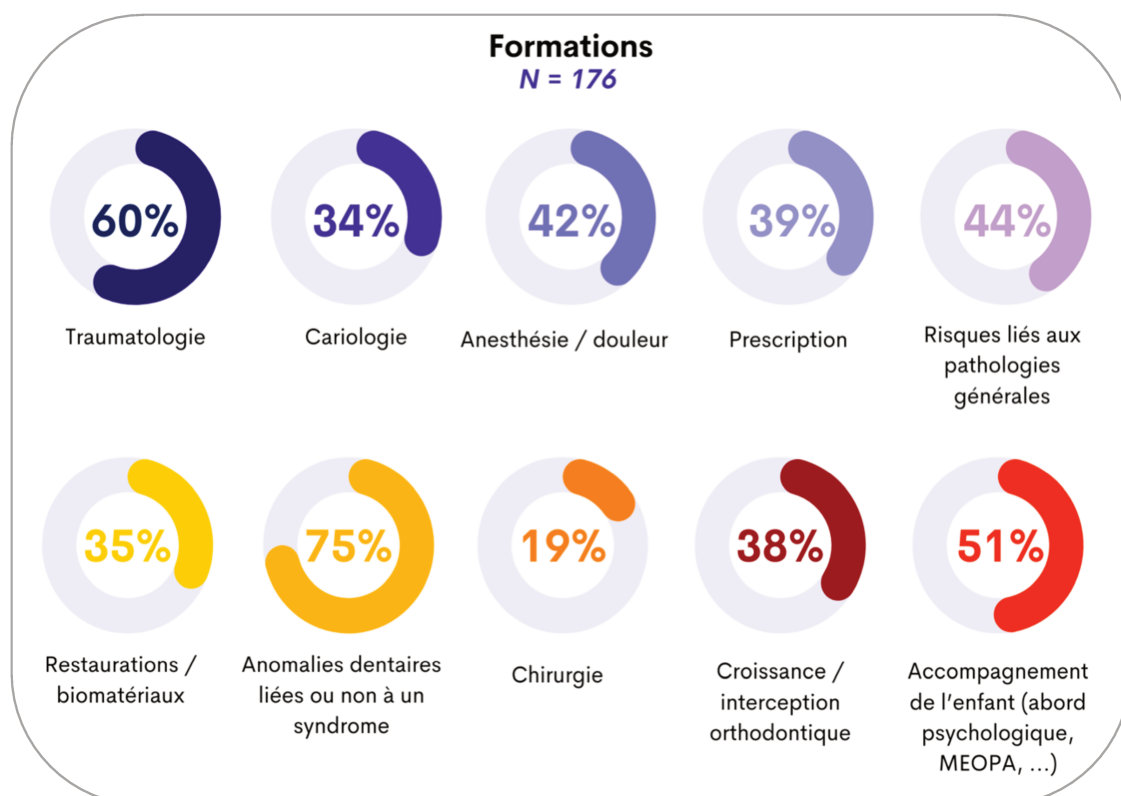


Figure 18 : *Diagrammes circulaires représentant les pourcentages d'intérêts des praticiens en fonction des disciplines de formations proposées, illustration personnelle*

3.4.2 Revalorisation

Dans la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028, paru le 23 août 2023 au Journal Officiel et mise en place à partir de cette même date, une mesure a permis d'aboutir à une revalorisation des soins conservateurs des 3-24 ans à hauteur de 30% depuis le 25 février 2024 (61).

Cependant, cette revalorisation des actes pédiatriques n'inciterait que 18.7% des répondants (72 praticiens) à prendre en soins davantage d'enfants et 2.6% à prendre en charge des enfants plus jeunes (10 praticiens). Les tranches d'âges concernées sont détaillées dans la *Figure 19*.

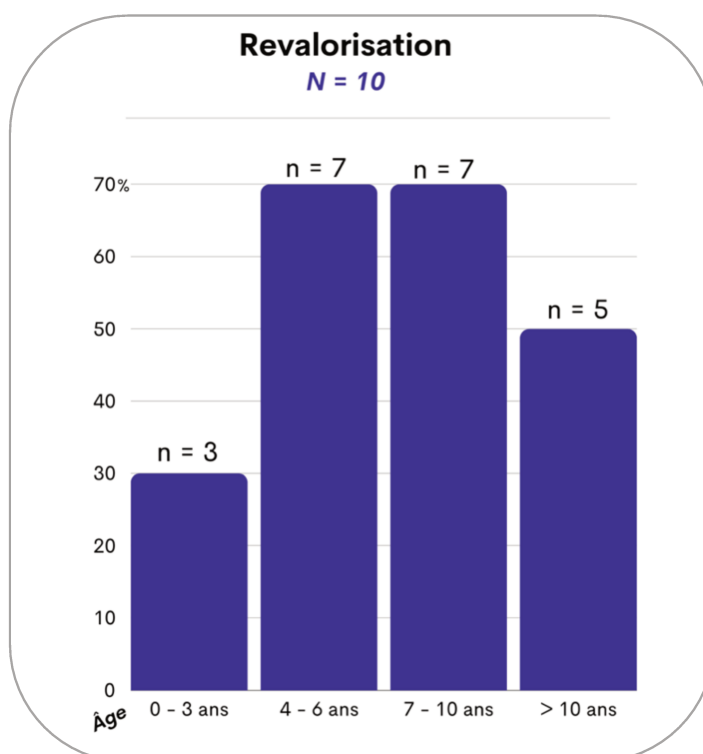


Figure 19 : Diagramme à barres verticales des pourcentages d'âges des enfants susceptibles d'être davantage pris en soins par les praticiens suite à la revalorisation des actes pédiatriques. illustration personnelle

3.5 Informations complémentaires sur les participants

3.5.1 Organisation du cabinet dentaire

347 praticiens (soit 91% des participants) ont déclaré travailler avec du personnel au sein de leurs cabinet :

- 45% engageaient un(e) secrétaire,
- 87% avaient au moins un(e) assistant(e) dentaire,
- 12% travaillaient avec un(e) aide dentaire,
- 3% employaient un(e) technicien(ne) de surface / agent d'entretien,
- 0.6% avaient un(e) prothésiste au sein du cabinet,
- 0.3% travaillaient avec un(e) étudiant(e) collaborateur(trice),
- 0.3% travaillent avec un(e) infirmier(ère),
- 0.3% travaillaient avec un(e) coordinateur(rice) au sein de leur cabinet.

3.5.2 Réseau de soins

22 répondants (soit 6% des praticiens) ont indiqué faire partie d'un des réseaux de soins cités ci-dessous¹² :

- Handident (77%),
- Handisanté (5%),
- CPTS des Weppes (5%),
- Réseau O-RARES¹³, filière tête et cou (5%).

3.5.3 L'assistant de niveau 2

En mai 2023, une loi votée à l'Assemblée nationale a permis la création d'un nouveau statut pour les assistants dentaires : l'assistant de niveau 2. Sous réserve d'obtenir un titre de formation spécifique, cet assistant pourra se voir déléguer un certain nombre d'actes dont la liste est encore en cours d'élaboration par un groupe de travail dédié et encadré par le Ministère de la Santé (62).

¹² Deux praticiens n'ont pas précisé le réseau de soins dont ils font partie.

¹³ O-RARES : Centre de référence des Maladies Rares Orales et Dentaires

À la suite de ce nouveau statut, 58.2% des répondants (223 praticiens) se disaient favorables pour recruter ce type d'assistant et parmi eux 97.3% (217 praticiens) seraient prêts à leurs déléguer des actes dont la liste est détaillée dans le diagramme ci-dessous :

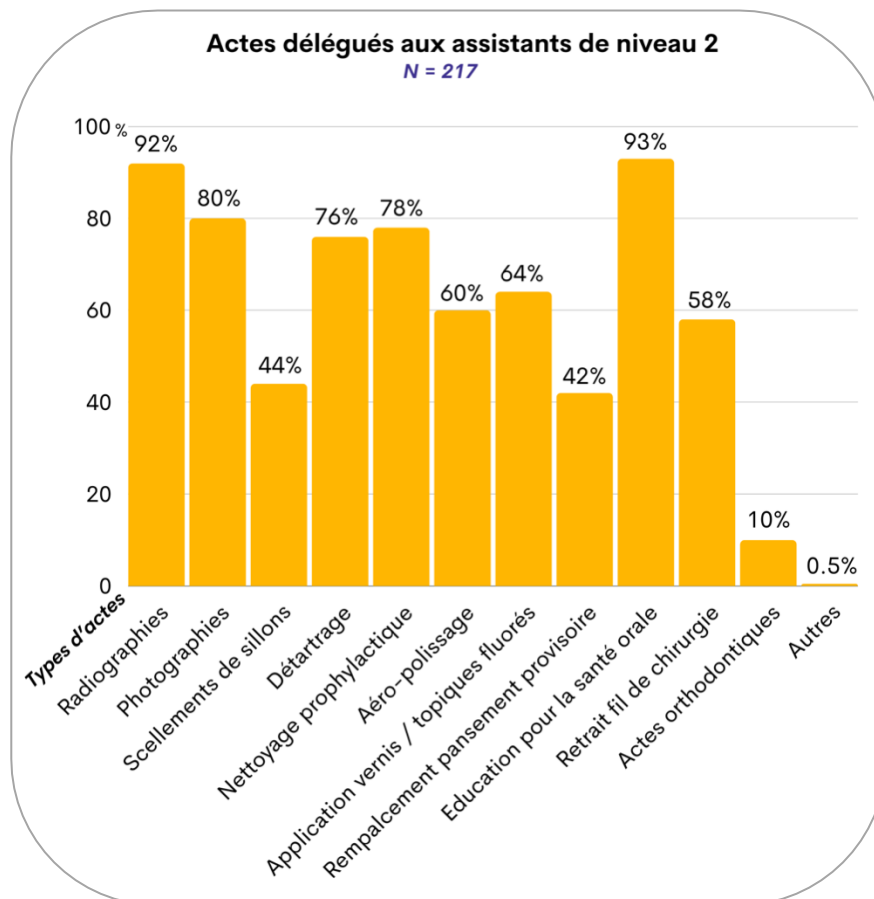


Figure 20 : Diagramme à barres verticales des actes que les praticiens accepteraient de déléguer aux assistants de niveau 2, illustration personnelle

Concernant les autres types d'actes que les praticiens seraient disposés à déléguer, 0.5% ont indiqué être intéressés pour déléguer la prise d'empreintes.

4. Discussion

4.1 Limites de l'étude

391 praticiens sur les 3 247 inscrits aux différents tableaux des Ordres de la région des Hauts-de-France ont été inclus dans l'étude, soit 12% des praticiens de la région. Avant le début de l'enquête, il avait été estimé que pour être significatif un taux de réponse d'au moins 10% était attendu, cet objectif a donc été atteint.

Les limites de cette recherche sont inhérentes à la représentativité de l'échantillon. Les praticiens qui exercent dans le département du Nord ont été plus nombreux à répondre à cette enquête et représentent 61% des résultats, alors que cette population représente normalement 51% de la profession dans la région (51). Ce taux peut s'expliquer par le fait que seul l'Ordre du Nord, en plus de l'URPS, a accepté de diffuser le questionnaire électronique, ce qui a induit un plus grand nombre de réponses de ces praticiens.

Seuls les praticiens du Pas-de-Calais étaient représentatifs de la population générale des praticiens de la région, le taux de participants était identique à la part de chirurgiens-dentistes dans ce département soit 23%.

4.2 Intérêts de l'étude

De précédentes études avaient mis en évidence que 18 à 22% des chirurgiens-dentistes ne prenaient pas d'enfants en charge, démontrant ainsi que l'âge du patient pouvait constituer une difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires (42,43). Une autre difficulté s'ajoute à cela pour les enfants des Hauts-de-France : le manque de praticiens dans la région, dont la densité est largement inférieure à la moyenne nationale (49 praticiens pour 100 000 habitants contre 69 au niveau national) alors même que l'état de santé orale de ces enfants n'est pas des plus encourageant (51). En effet, en 2006, les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie, devenues aujourd'hui la région Hauts-de-France, faisaient partie des régions ayant le plus d'enfants porteurs de problèmes bucco-dentaires (50).

Au vu de ces éléments, il était donc intéressant de mettre en place une étude auprès des praticiens de la région afin d'évaluer la prise en soins de ces enfants, le but étant d'identifier les axes d'amélioration nécessaires et de mettre en évidence d'éventuelles difficultés d'accès notamment géographique. A l'issue de cette enquête des cartographies (*Figure 14**Figure 15**Figure 16*) ont été réalisées et ont permis de souligner les disparités qui touchaient les différents territoires communaux de la région. Les données obtenues ont également pu être comparées avec celles d'autres études menées sur le territoire français à divers niveaux.

A plus large échelle, dans l'avenir, cette étude pourrait communiquer des informations sur la qualité des soins oraux pédiatriques de la région et aider dans le développement de stratégies de prévention pour améliorer les difficultés relevées mais également d'influencer les politiques de santé publique avec l'aide des instances locales.

4.3 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

La part de femmes qui ont répondu à cette enquête est de 51.9%, ce qui est légèrement supérieur au taux de féminisation de la profession dans la région qui est de 44.4% (51). Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que les femmes auraient pu se sentir plus concernées par le sujet de l'enquête. En effet, il a été mis en évidence qu'elles s'orientaient davantage vers les soins pédiatriques en comparaison de leurs confrères masculins (47).

L'âge moyen des praticiens qui ont répondu était de 44.7 ans ce qui est proche de l'âge moyen de ceux de la région, qui est de 43.5 ans (51).

Les répondants étaient majoritairement formés à la faculté de Lille, qui jusqu'en septembre dernier, était l'unique lieu de formation odontologique de la région (63). Ce résultat peut s'expliquer par l'attachement particulièrement important que portent les chirurgiens-dentistes à leur région de formation. En effet, en 2021 un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) a montré que 68% des praticiens formés en France exerçaient dans la zone géographique de leur lieu de formation. En ce qui concerne les

praticiens formés à Lille seulement 21% d'entre eux indiquaient exercer dans une autre région (64).

Sur 391 chirurgiens-dentistes, 8% exerçaient une activité pédiatrique que ce soit de façon orientée (70%) ou exclusive (30%), cela représente environ 1% des praticiens de la région et donc un taux plus conséquent que celui rapporté au niveau national qui était de 0.5% en 2021 (1). Cependant, ce taux important peut constituer un biais car ces praticiens sont directement concernés par l'étude et seront donc plus enclin à y répondre.

4.4 L'offre de soin pédiatrique dans les Hauts-de-France

4.4.1 *Prise en charge des enfants*

Les données issues de cette enquête menée auprès des chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France ont mis en évidence que 98% d'entre eux prenaient en charge des enfants au sein de leurs cabinets. Ces résultats sont encourageants, cependant, il convient de préciser que le taux de participation à cette enquête n'était que de 12%, ce qui pourrait surestimer ce chiffre au niveau régional. En effet, les praticiens qui n'ont pas répondu à l'enquête ne prenaient peut-être pas d'enfants en charge, ce qui expliquerait leur abstention et introduit par la même occasion un biais de non-réponse dans notre étude. Les résultats obtenus sont donc à mettre en perspective car il a été démontré que les biais de non-réponses peuvent amener à une surestimation des données étudiées et donc dans ce cas à une surestimation du nombre de praticiens qui prennent en soins les enfants (65).

Concernant les densités et la répartition sur le territoire régionale des répondants recevant des enfants en soins (*Figures 14,15 et 16*), la comparaison des différentes cartographies a souligné que pour certains groupements communaux les enfants de moins de 7 ans et surtout ceux âgés de moins de 3 ans, étaient moins pris en soins. Par exemple, dans 6 groupements communaux, aucun chirurgien-dentiste ne prenait en soins les enfants de moins de 3 ans, contre un seul groupement communal où aucun chirurgien-dentiste ne prenait les enfants de moins de 7 ans en soins. De plus, à l'exception de la communauté d'agglomération du Saint-Quentinois, les plus fortes densités de praticiens

observées sur les cartographies étaient à proximité de la Métropole Européenne de Lille, qui rappelons-le, était l'unique lieu de formation en odontologie de la région jusqu'en septembre dernier. Comme vu précédemment, les praticiens exercent davantage dans la zone géographique proche de leur lieu de formation ce qui pourrait expliquer cette répartition plus favorable aux abords du secteur lillois car ces zones regroupent davantage de praticiens comme montré par l'étude réalisée par l'URPS en février 2023 et entraîne donc une offre de soins plus importante (52,64).

D'après les chiffres de l'étude, à partir de 7 ans, un enfant est pris plus facilement en soins. Presque 100% des praticiens les recevaient dans leur cabinet, contrairement aux enfants de moins de 3 ans qui ne l'étaient que par 78% d'entre eux. Toutefois, les différentes études menées précédemment estimaient que 18 à 22% des praticiens ne prenaient pas en soins les enfants et les adolescents (42,43). Dans les Hauts-de-France, ce chiffre semble beaucoup plus faible puisque 2% des praticiens ont déclarés n'en prendre aucun en charge. Cependant comme il a été expliqué précédemment, le faible taux de réponses entraîne un biais de non-réponses qui sous-estime probablement cette donnée. Ce faible taux de réponses peut également démontrer le manque d'intérêt pour l'odontologie pédiatrique comme l'a déjà souligné l'enquête de Dominici et coll réalisée en 2018 et qui portait sur un échantillon de répondants plus faible au niveau national de 1.4% (42).

Quand les enfants étaient pris en soins, quel que soit leur âge, les actes les plus réalisés par les praticiens étaient les consultations sans actes techniques, les contrôles et les examens bucco-dentaires. Pour les enfants de moins de 6 ans et surtout ceux de moins de 3 ans, les actes de chirurgie et les actes endodontiques sont moins réalisés ; respectivement par 38% et 69% des praticiens pour la chirurgie et 19% et 51% des actes endodontiques effectués pour ces tranches d'âge. Ces actes sont jugés comme difficiles à réaliser et nécessitent le recours à une anesthésie, qui est source d'anxiété chez l'enfant et peut augmenter davantage la difficulté de ces soins (42,66). A partir de 7 ans, les pourcentages d'actes effectués sont assez équivalents entre eux, sans prendre en compte les actes orthodontiques qui ne sont réalisés que par un faible nombre de praticiens. Cela s'explique, notamment, car ces derniers demandent des formations et qualifications particulières.

4.4.2 Comprendre et favoriser l'accès aux soins pédiatriques

Lorsque les praticiens ne prenaient pas en charge les enfants, la majorité les adressaient vers d'autres confrères spécialistes, des chirurgiens-dentistes « kids friendly », mais aussi vers des services hospitaliers spécialisés. Cette dernière alternative n'est pas une solution durable car ces structures ne peuvent pas, à elles seules, assurer la demande de soins en forte augmentation de ces dernières années. Seuls les enfants de moins de 6 ans étaient simplement refusés sans aucune autres alternatives par 2% des praticiens. Les raisons évoquées pour justifier cette non prise en soin allaient dans le sens des études précédentes. Elles étaient principalement liées à la coopération difficile de ces patients pédiatriques, suivies par le stress engendré par ce type d'activité et enfin la rémunération de celle-ci jugée insuffisante. Une autre raison qui n'est pas retrouvée dans les études précédentes a également été évoquée : les répondants ne prenaient pas en soins les enfants tout simplement parce qu'ils ne correspondaient pas à la patientèle reçue dans le cadre de leur domaine d'activité, comme l'implantologie, par exemple, qui est assez rare chez les mineurs¹⁴ (68).

Concernant l'argument financier, malgré une revalorisation récente des actes pédiatriques seuls 30% des praticiens qui ne prenaient pas déjà en soins les enfants très jeunes, étaient prêts à prendre en charge davantage d'enfants de moins de 3 ans contre 70% pour les enfants de 4 à 10 ans. Cette revalorisation nouvellement mise en place¹⁵ ne concerne que les patients âgés de 3 à 24 ans. Ce paramètre n'a pas été précisé dans le questionnaire de l'enquête, ainsi, des répondants qui étaient peut-être moins informés ont pu penser que cela concernait tous les enfants, ce qui pourrait expliquer la petite augmentation pour ces très jeunes patients. Ainsi, la faible proportion obtenue pour ceux âgés de moins de 3 ans, par rapport, aux autres catégories d'âge peut donc être expliquée par cela, puisqu'ils ne sont pas concernés par cette revalorisation. Néanmoins, ces résultats sembleraient mettre en évidence qu'une partie des praticiens seraient prêts à prendre en soins de très jeunes patients en cas de revalorisation

¹⁴ Par exemple, des implants symphysaires peuvent être mis en place dès l'âge de 6 ans dans le cadre d'agénésies multiples (67).

¹⁵ Effective depuis le 25 février 2024.

et qu'étendre celle-ci aux enfants de moins de 3 ans pourrait être une solution pour améliorer l'offre de soins de ces patients.

Toutefois, seuls 18.7% des répondants de manière générale étaient incités à prendre davantage d'enfants en soins. Ainsi, l'argument financier est un levier intéressant, mais s'il ne semble pas suffisant, à lui seul, pour changer en profondeur les pratiques et améliorer la prise en charge des patients pédiatriques.

En effet, cet argument est peut-être influencé par un autre facteur de refus de prise en charge : le stress engendré par cette activité. Une étude menée au sein du département de la Côte d'Or montra que l'argument financier était en grande partie lié au stress éprouvé par les praticiens lors de la réalisation des soins pédiatriques. Ainsi, après avoir croisé les différents éléments, les auteurs ont mis en évidence que la majorité des répondants (70 à 77%) qui jugeaient ces soins modérément ou peu rémunérateurs avait également déclaré être stressés par ces derniers (43). Rappelons que le stress ressenti par les répondants est également une des principales raisons qui les poussent à ne pas prendre en soins les enfants au sein de leur cabinet. Une étude de 2018 a relevé que 69% des chirurgiens-dentistes éprouvaient davantage de stress lors de soins pédiatriques, surtout pour les enfants de moins de 5 ans (43). Ce stress était en partie lié, pour ces praticiens, à une formation initiale jugée insuffisante, mais aussi aux difficultés rencontrées dans la gestion du comportement de ces patients. Ce dernier point est corroboré par l'intérêt porté par les participants de notre étude, d'assister à une formation sur l'accompagnement de l'enfant et notamment l'abord psychologique de celui-ci. Cette thématique arrive en troisième position avec 51% d'intérêt parmi les praticiens qui souhaiteraient suivre des formations complémentaires en odontologie pédiatrique.

Devant cette thématique, on retrouve la traumatologie et les anomalies dentaires liées ou non à un syndrome qui intéressaient respectivement 60% et 75% des répondants. Ces résultats concordaient avec les données de la littérature qui mettaient en évidence un manque de connaissances de la part des chirurgiens-dentistes dans ces domaines (48,69,70,70–73). Ce constat est également appuyé par les pourcentages d'enfants référés par les praticiens vers les services hospitaliers qui est de 75% dans le cas d'anomalies dentaires et 60% pour les traumatismes, entraînant une surreprésentation de ces actes par rapport aux

orientations pour les autres types de soins (42,48,74). De plus, ces actes étaient jugés comme des thérapeutiques « difficiles » par plus de 40% des praticiens interrogés dans l'enquête nationale de Dominici et *Coll* (42).

Le domaine de formation qui a le moins intéressé les répondants était la chirurgie avec seulement 19% d'intérêt (soit 33 répondants). Cependant, ce résultat contraste avec ceux obtenus dans le *Tableau 1*. En effet, les actes de chirurgie sont réalisés, respectivement, par 38,69,81 et 83% des praticiens pour chacune des catégories d'âges étudiées, ce qui reste inférieur à d'autres types d'actes comme les soins conservateurs par exemple. De plus, dans l'étude réalisée par Fock-King et *Coll*, la chirurgie orale était le domaine le moins réalisé par les chirurgiens-dentistes référents (48). Ainsi, même si la chirurgie est vue comme un acte complexe, les chirurgiens-dentistes ne semblaient pas éprouver l'envie de se former dans ce domaine pour compenser cette difficulté. La raison qui explique une moindre pratique de la chirurgie sur les enfants ne seraient donc pas nécessairement lié à sa complexité.

4.4.3 Cas particulier des patients à besoins spécifiques

En ce qui concerne la prise en charge des mineurs à besoins spécifiques, les enfants atteints de maladies chroniques étaient pris en soins par plus de praticiens (92%) que ceux porteurs d'handicaps (87%). Mais encore une fois rappelons que ces résultats, qui sont encourageants, sont à mettre en perspectives car il existe un biais de non-réponse possible. En effet, si on compare avec d'autres études menées sur le territoire, 76% des chirurgiens-dentistes français interrogés ont déclaré ne prendre qu'exceptionnellement en soin des enfants ou des adolescents en situation de handicap affectant modérément leur comportement et quand ce handicap l'affectait de manière sévère, ils étaient 94% à ne les prendre qu'exceptionnellement en charge (42). Ces chiffres sont en corrélation avec une étude menée dans les différents CHU français qui a relevé que parmi les 471 enfants référés¹⁶, 57% d'entre eux avaient un risque médical particulier et 44.2% étaient porteurs d'une déficience ou d'une maladie rare. Ainsi, cela mettait en évidence que ces patients, sont fortement impactés par les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires (48).

¹⁶ Enfants référés par des chirurgiens-dentistes ou par d'autres professionnels de la santé vers des CHU.

Il est important de rappeler que ces enfants nécessitent une prise en charge renforcée, par rapport à la population pédiatrique générale, car ils sont quatre fois plus exposés aux risques de pathologies orales que ces derniers (75). Néanmoins, leur prise en charge en cabinet libéral est limitée et pousse les familles à s'orienter vers le secteur hospitalier qui offre une prise en charge pluridisciplinaire et plus spécifique avec un plateau technique souvent plus complet (76). Cependant, l'augmentation des demandes de soins ces dernières années a grandement rallongé les délais d'attentes de prise en charge. En outre, la localisation de ces établissements, majoritairement concentrés dans les aires urbaines, limite également l'accès aux soins, du fait des distances qui peuvent séparer le centre hospitalier du lieu d'habitat des patients (1).

Toutefois, ces dernières années des réseaux de soins ont vu le jour afin d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires de ces enfants, comme les réseaux O-RARES, qui favorisent le diagnostic et la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients. On retrouve également des associations comme Handident qui vise à offrir un parcours de soins adapté et spécifique au travers de son réseau de praticiens. Ces associations peuvent également proposer des formations pour ceux qui souhaiteraient améliorer leurs compétences dans la prise en soins de ces patients (77). Dans cette étude, 77% (17 praticiens) des 22 praticiens qui ont indiqué faire partie de ce réseau de soins et d'autres réseaux ont également été évoqués, comme Handisanté. L'augmentation du nombre d'adhérents à ces réseaux semble être une bonne perspective pour favoriser la prise en soins des patients à besoins spécifiques.

4.4.4 Perspectives d'évolutions professionnelles pour améliorer l'accès aux soins pédiatriques

D'autres solutions ont été proposées ces dernières années pour pallier aux difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires. Par exemple, un nouveau statut pour les assistants dentaires a été voté à l'Assemblée Nationale en mai 2023 : l'assistant dentaire de niveau 2. Ces derniers seraient autorisés à réaliser, sous certaines conditions, des consultations, des actes d'imagerie à visée diagnostique, des actes prophylactiques, orthodontiques et des soins post-chirurgicaux (62). La création de ce nouveau corps de métier pourrait contribuer

au renforcement de la prévention dans les cabinets dentaires et permettrait d'optimiser le temps médical du chirurgien-dentiste qui aurait la possibilité de prendre en charge davantage de patients, en se concentrant sur les soins plus techniques (64). Les résultats de cette enquête réalisée dans les Hauts-de-France sont positifs à ce sujet puisque 58.2% des 391 participants étaient prêts à recruter ce type d'assistants et parmi eux 97.3% envisageaient de déléguer certains actes. Les principaux étaient surtout des actes de prévention avec peu d'interventions directes en bouche, comme l'éducation pour la santé orale (93%), les radiographies (92%) et des photographies (80%). Au contraire, les praticiens envisageaient moins la possibilité de déléguer des actes demandant une action plus spécifique sur la dent comme les scellements de sillons ou la pose d'un pansement provisoire.

Une autre solution envisagée depuis quelques années, pour favoriser la prise en soins des jeunes patients, est la création d'une spécialité dédiée à l'odontologie pédiatrique. Plusieurs études vont dans ce sens et le *Livre Blanc d'odontologie pédiatrique* présente un plaidoyer pour la création de cette spécialité, qui est déjà reconnue dans d'autres pays européens et rédige des recommandations pour sa création en France (1,38,42,48). Cette nouvelle spécialité apporterait de nombreux avantages. Dans un premier temps, sa création permettrait de proposer une formation fondamentale et clinique approfondie grâce à un référentiel commun de compétences ciblées sur l'odontologie pédiatrique. Les qualifications spécifiques, associées à ce nouveau statut, faciliteront le dépistage et la prise en charge globale des enfants présentant des besoins spécifiques tout en réduisant la réorientation vers les centres hospitaliers comme c'est le cas actuellement. De plus, cette nouvelle alternative permettrait de mettre en place un nouveau recours plus facilement identifiable pour les omnipraticiens, mais également pour les parents ; ce qui faciliterait, ainsi, la prise en soins et le suivi des situations complexes. Néanmoins, il serait impossible de déléguer à ces nouveaux spécialistes la totalité de la patientèle infantile française ; les omnipraticiens continueraient de prendre en charge la grande majorité des enfants, avec ou sans besoins spécifiques, mais pourraient orienter vers ces praticiens spécialistes les patients qui nécessiteraient une prise en charge particulière.

Conclusion

De précédentes études, menées au niveau national ou départemental, ont montré que 18 à 22% des praticiens ne prenaient pas en soins les enfants et les adolescents (42,43). Dans cette étude, seulement 2% de chirurgiens-dentistes ont déclaré ne pas les prendre en charge. Toutefois, d'un point de vue démographique, des disparités existent au sein du territoire régional : le département du Nord regroupe une densité plus élevée de praticiens qui prennent en soins les enfants, toutes catégories d'âges confondues. Cela peut s'expliquer par le fait que le nombre de praticiens pour 100 000 habitants est plus important en comparaison des autres départements de la région. Ces chiffres restent tout de même inférieurs à la moyenne nationale, il apparaît donc que le nombre de praticiens qui accueillent les enfants reste néanmoins largement inférieur aux besoins de la région (51). Une étude complémentaire, par entretiens avec les participants volontaires pour être recontactés, pourrait apporter un second éclairage sur ce phénomène et peut être identifier de nouveaux leviers.

Ces dernières années, la France a mis en place divers moyens pour favoriser la prise en charge des soins bucco-dentaires des patients pédiatriques comme la revalorisation récente des soins conservateurs pour les patients de 3 à 24 ans. De nombreux acteurs de santé se mobilisent depuis plusieurs années pour trouver des solutions comme, par exemple, la création d'une spécialité dédiée à l'odontologie pédiatrique déjà reconnue dans d'autres pays européens. Cette spécialité n'a pas pour vocation d'assurer les soins de l'ensemble de la patientèle pédiatrique française, mais plutôt de devenir un recours plus facilement identifiable pour les omnipraticiens qui seraient confrontés à des situations complexes qui nécessiteraient une prise en charge particulière et adaptée à l'enfant (1).

Les implications de l'étude menée dans le cadre de ce travail vont bien au-delà du cadre académique et ces résultats ont pour vocation d'ouvrir des perspectives d'évolution des pratiques actuelles dans la région des Hauts-de-France. En effet, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des adultes de demain passe par la qualité de l'offre de soins fournis aux enfants d'aujourd'hui.

Bibliographie

1. Sous-commission Odontologie Pédiatrique de la CNEMMOP. Livret Blanc de l'Odontologie Pédiatrique en France. 2021. [Consulté le 25 octobre 2023]. Disponible sur : <https://collegeodontopediatriquedotnet.files.wordpress.com/2022/04/livre-blanc-odontologie-pecc81diatrqiue.pdf>
2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde : vers la couverture sanitaire universelle pour la santé bucco-dentaire d'ici à 2030. [Consulté le 27 octobre 2023]. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364906/9789240061842-fre.pdf?sequence=1>
3. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, De Saint Pol T, Guthmann J-P. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études et Résultats. DREES. 2010 ; 137p.
4. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. Caries Research. 2020;54(1):7-14.
5. FDI, Fédération dentaire internationale [En ligne]. L'enjeu des maladies bucco-dentaires – un appel pour une action mondiale. L'Atlas de la santé-bucco-dentaire. 2^e édition. 2015. [Consulté le 27 octobre 2023]. Disponible sur : https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_french.pdf
6. HAS [En ligne]. Stratégie de prévention de la carie dentaire. [Consulté le 17 octobre 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
7. Klein H, Palmer CE. Studies on Dental Caries: IX. The Prevalence and Incidence of Dental Caries Experience, Dental Care, and Carious Defects Requiring Treatment in High School Children. Public Health Report (1896-1970). 1940;55(28):1258-68.
8. DGS (Direction Générale de la Santé) [En ligne]. La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, en 2006. Fiche synthétique. [Consulté le 27 octobre 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
9. Hernandez M, Chau K, Charissou A, Lecaillon A, Delsau A, Bruncher P, et al. Early predictors of childhood caries among 4-year-old children: a population-based study in north-eastern France. European Academy of Paediatric Dentistry. 2021;22(5):833-42.
10. American Academy of Paediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC) : classifications, consequences, and preventive strategies. Oral Health Polices. The reference manual of Pediatric Dentistry. 2019-2020:79-81.
11. Droz D, Guegen R, Bruncher P, Gerhrd J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Archive Pédiatrie. 2006;13(9):1222-1229

12. Vanderzwalme-Gouvernaire A, Colombier M-L. L'enfant est-il un patient « parodontal » ? *L'Information Dentaire*. 2020 ;102(28) :24-29
13. Verchère L, Budin P, Santoro JP, Verchère M. Dictionnaire des termes odontomatologiques, 3^e édition. Paris : Masson 1991:502p
14. Mackler SB, Crawford JJ. Plaque Development and Gingivitis in the Primary Dentition. *Journal of Periodontology*. 1973;44(1):18-24.
15. Ketabi M, Tazhibi M, Mohebrasool S. The Prevalance and Risk Factors of Gingivitis Among the Children Referred to Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan Branch) Dental School, In Iran. *Dental Research Journal*. 2006;3(1):1-4
16. Arul P, Ilango P, Subbareddy V, Vineela K, Parthasarthy H. Gingival Diseases in Childhood – A Review. *Journal of Clinical Diagnostic Research* [En ligne]. 2014;8(10)01-04 [Consulté le 13 février 2024]. Disponible sur : http://jcd.r.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&volume=8&issue=10&page=ZE01&issn=0973-709x&id=4957
17. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S173-82.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Parodontopathie : diagnostic et traitements. 2002;28(2):151-155
19. Glendo U. Epidemiology of traumatic dental injuries a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol*. 2008;24(6):603-11
20. Naulin-Ifi C. La santé bucco-dentaire des enfants : 20 ans d'odontologie pédiatrique. *Réalités Cliniques*. 2010;21(1)15-24
21. Lasfargues J.J., Colon P. Odontologie conservatrice et restauratrice. Tome 1 : une approche médicale globale. Rueil-Malmaison : Éditions CdP ; 2010. p. 257-346.
22. Carvalho TS, Colon P, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlueter N, et al. Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear—diagnosis and management. *Clin Oral Investig*. sept 2015;19(7):1557-61.
23. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clinical Oral Investigation*. 2008;12(Suppl 1):65-8.
24. Marqués Martínez L, Leyda Menéndez AM, Ribelles Llop M, Segarra Ortells C, Aiuto R, Garcovich D. Dental erosion. Etiologic factors in a sample of Valencian children and adolescents. Cross-sectional study. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2019;20(3):189-93
25. Muller-Bolla M, Courson F, Smail-Faugeron V, Bernardin T, Lupi-Pégurier L. Dental erosion in French adolescents. *BMC Oral Health*. 2015;15:147.

26. Molla M, Toupenay S, Naulin-Ifi C, Berdal A. savoir les reconnaître et comment les gérer. *L'Information Dentaire*. 2008;(37):2086-90
27. De la Dure-Molla M, Bugueno Valdebenito I. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) : Agénésies dentaires multiples : Oligodontie et Anodontie. 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pnds_agenesies_dentaires_multiples-texte-novembre_2021.pdf
28. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *American Journal of Medical Genetics part A*. 2016;170A:2611-2616
29. Moulis E, Chabadel O, Muller-Bolla M et al. Diagnostic des anomalies de structure amélaire des dents permanentes. Dans : Muller-Bolla M, Declerck D, Manière M, Opsahl-Vital S. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve, 3^e édition. Paris : Éditions CdP ; 2022 :316-19
30. Giuca MR, Lardani L, Pasini M, Beretta M, Gallusi G, Campanella V. State-of-the-art on MIH. Part. 1 Definition and Epidemiology. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2020;(1):80-82.
31. Weerheijm KL, Duggal M, Mejare I, Papagiannoulis L, Koch G, Martens LC et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2003;4(3)110-13
32. Zhao D, Dong B, Yu D, Ren Q, Sun Y. The prevalence of molar incisor hypomineralization: evidence from 70 studies. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2018;28(2):170-9.
33. Ayers KMS, Drummond BK, Harding WJ, Salis SG, Liston PN. Amelogenesis imperfecta – multidisciplinary management from eruption to adulthood. Review and case report. *New-Zealand Dental Journal*. 2004;100(4):101-104
34. Loing A, Clauss F, Lopez science et al. Dentinogenèse imparfaite en denture temporaire. Dans : Muller-Bolla M, Declerck D, Manière M, Opsahl-Vital S. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve, 3^e édition. Paris : Éditions CdP ; 2022 :331-33
35. Blanchet I, Khoury C, Thibon A et al. Anomalies d'éruption dentaire. Dans : Muller-Bolla M, Declerck D, Manière M, Opsahl-Vital S. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve, 3^e édition. Paris : Éditions CdP ; 2022. 310-15
36. Le Breton G. Pathologie de la dent. Dans : Le Breton G. Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique. Paris : Edition CdP, 1997 :83-148
37. Moulis E, Favre De Thierrens C, Goldsmith MC, Torres JH. Anomalies de l'éruption. Dans : *Encycl Méd Chir, Stomatologie / Odontologie* [Article n°22-032-A-10], 2002:153-165
38. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. *Archives de Pédiatrie*. 2005;12(5):635-40.

39. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [En ligne]. 2023 [Consulté le 28 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
40. Code de la Santé Publique - Article L6323-1. [En ligne]. Code de la Santé Publique. 2018 [Consulté le 28 mars 2024] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896#:~:text=Tout%20centre%20de%20sant%C3%A9%20y,comp%C3%A9tence%20des%20professionnels%20y%20exer%C3%A7ant.
41. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et accès aux droits pour les patients en situation de précarité [En ligne]. 2023 [Consulté le 28 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass-et-acces-aux-droits-pour-les-patients-en-situation>
42. Dominici G, Muller-Bolla M. L'activité pédiatrique des chirurgiens-dentistes généralistes en France. *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*. 2018;1(13):68-73
43. Glorifet M, Muller-Bolla M, Manière MC. Une enquête par questionnaire dans un département français. *L'Information Dentaire*. 2018;(14/15):16-20
44. Muller-Bolla M, Clauss F, Davit-Béal T, Manière M, Sixou J, Vital S. Prise en charge bucco-dentaire des enfants et adolescents en France. *Le Chirurgien-Dentiste de France*. 2021 ;1806-07
45. EAPD, European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries : An EAPD Policy Document [En ligne]. 2008 [Consulté le 13 mars 2024]. Disponible sur : https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D_file.pdf
46. INSEE, Institut national de la Statistique et des études économiques. Estimation de la population par sexe et groupe d'âges en 2024 en France : effectifs. [En ligne]. [Consulté le 5 février 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio1
47. Dominici G, Muller-Bolla M. Activité des chirurgiens-dentistes pédiatriques libéraux en France. *Rev Francoph Odontol Pediatr*. 2017 ;4(12) :152-158
48. Fock-King M, Muller-Bolla M. Analyse de la demande croissante de traitements en odontologie pédiatrique en milieu hospitalier. *Clinic*. 2018;39:411-417
49. Guignon N, Niel X. L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. *Études et Résultats DREES*. 2003;(250):1-12
50. De Saint Pol T. La santé des enfants en grande section de maternelle. Note d'information MEN, DEEP [En ligne]. 2011;11(18):1-8. [Consulté le 2 février 2024]. Disponible sur : https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/12433/la-sante-des-enfants-en-grande-section-de-maternelle-thibaut-de-saint-pol?_lg=fr-FR

51. ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [En ligne]. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes. 2014. [Consulté le 5 février 2024]. Disponible sur : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2023/01/CP-URPS-Chirurgiens-Dentistes-HDF.pdf>
52. URPS Chirurgiens-Dentistes Hauts-de-France. [En ligne]. Communiqué de presse du 2 février 2023 [Consulté le 16 février 2024]. Disponible sur : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2023/01/CP-URPS-Chirurgiens-Dentistes-HDF.pdf>
53. INSEE, Institut National de la Statistique et des études économiques. Population par grandes tranches d'âge. Dossier complet : Région des Hauts-de-France [En ligne]. 2024 [Consulté le 5 février 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32>
54. Fock-King M. Odontologie pédiatrique : demandes de soins en milieu hospitalier et opinion des étudiants dans le cadre de la réforme du troisième cycle. [Thèse d'exercice en odontologie]. Nice, France : Université Nice-Sophia Antipolis ; 2018
55. Service Public [En ligne]. Intercommunalité – Hauts-de-France ; [Consulté le 17 novembre 2023]. Disponible sur : <https://lannuaire.service-public.fr/navigation/hauts-de-france/epci>
56. Les services de l'État dans L'Aisne [En ligne]. Intercommunalité [Consulté le 25 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.aisne.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Collectivites-territoriales-et-intercommunalite/Intercommunalite>
57. Forey H, Choquin HF. Cycle biologique de la dentition. Dans : Encyclopédie Médico-chirurgicale (EMC), Odontologie [Article 23-400-A-10], 1997.
58. Service Public. [En ligne] Examens et soins bucco-dentaires gratuits pour les jeunes (M'T Dents). [Consulté le 25 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F243#:~:text=Qui%20peut%20b%C3%A9n%C3%A9ficier%20de%20M,18%2C%2021%20et%2024%20ans>.
59. Gaspard JL, Brandibas G, Fouraste R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2007;55(7):367-73.
60. Code de la Santé Publique - Article R1121-1, modifié par le Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 [En ligne]. Code de la Santé Publique. 2017 [Consulté le 25 mars 2024] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000034773672/2017-05-11>
61. Code de la Sécurité Sociale - Article L162-9 [En ligne]. 2023 [Consulté le 25 mars 2024] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048687636
62. ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes [En ligne]. Assistant dentaire de niveau 2 : la loi est adoptée. 2023 [Consulté le 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/assistant-dentaire-de-niveau-2-la-loi-est-adoptee/>

63. Académie d'Amiens, Centres d'Information et d'Orientation. L'UFR d'odontologie, prochainement implantée sur le Campus Santé d'Amiens en septembre 2023. [En ligne]. 2024 [Consulté le 26 mars 2024]. Disponible sur : <http://cio.ac-amiens.fr/371-l-ufr-d-odontologie-prochainement-implantee-sur-le-campus.html>
64. ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [En ligne]. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. 2021 [Consulté le 24 avril 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf
65. Etter JF, Perneger TV. Analysis of non-response bias in a mailed health survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997;50(10):1123-8.
66. Rajwar AS, Goswami M. Prevalence of dental fear and its causes using three measurement scales among children in New Delhi. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2017;35(2):128-33.
67. HAS [En ligne]. Avis favorable concernant la pose d'implants chez les enfants atteints d'agénésie dentaire. 2007 [Consulté le 27 avril 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_480851/fr/avis-favorable-de-la-has-concernant-la-pose-d-implants-chez-les-enfants-atteints-d-agenesie-dentaire
68. Johansson G, Palmqvist S, Svenson B. Effects of early placement of a single tooth implant. A case report. *Clinical Oral Implants Research*. 1994;5(1):48-51.
69. Diallo MT, Ntab C, Ndoeye S, Diouf NG, Diouf A, Faye M. Évaluation des connaissances et prise en charge de amélogénèse imparfaite: enquête auprès de chirurgiens-dentistes de Dakar. *Dakar Medical*. 2021;6(2):128-36
70. Yassen GH, Chin JR, Younus MS, Eckert GJ. Knowledge and attitude of dental trauma among mothers in Iraq. *European Archives of Paediatric Dentistry, Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*. 2013;14(4):259-65.
71. Kalkani M, Balmer RC, Homer RM, Day PF, Duggal MS. Molar incisor hypomineralisation: experience and perceived challenges among dentists specialising in paediatric dentistry and a group of general dental practitioners in the UK. *European Archives of Paediatric Dentistry, Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*. 2016;17(2):81-8.
72. De França Caldas A, Pessoa Soriano E, Rosenblatt A, De Melo EH, De Miranda Coelho LGT. Dental trauma: an evidence-based approach to care. *Dental Traumatology*. 2009;25(2):190-3.
73. Schönwetter DJ, Law D, Mazurat R, Sileikyte R, Nazarko O. Assessing graduating dental students' competencies: the impact of classroom, clinic and externships learning experiences. *European Journal of Dental Education*. 2011;15(3):142-52.
74. Brecher EA, Keels MA, Quiñonez RB, Roberts MW, Bordley WC. Dental Emergency Practice Characteristics Among North Carolina Pediatric and General Dentists. *Pediatric Dentistry*. 2017;39(2):111-7.

75. Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M. Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. *Pratiques et Organisations des Soins*. 2006 ;37(4):299-312.
76. Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. *Santé Publique*. 2017; 29(5):677-84.
77. Handident Hauts-de-France [En ligne]. Qui sommes-nous ? [Consulté le 23 avril 2024]. HANDIDENT Hauts-de-France. Disponible sur : <https://www.handident.com/qui-sommes-nous>

Table des illustrations

Figure 1 : Prévalence des lésions carieuses non traitées des dents lactéales chez les enfants de 1 à 9 ans en 2019, source OMS (2)	18
Figure 1 : Prévalence des lésions carieuses non traitées des dents lactéales chez les enfants de 1 à 9 ans en 2019, source OMS (2)	18
Figure 2 : Soins non réalisés par les chirurgiens-dentistes chez les enfants référés dans les structures hospitalo-universitaires françaises, source Fock King (48)	27
Figure 3 : Part des enfants en France qui présentaient au moins deux lésions carieuses, source DEPP (50)	28
Figure 4 : Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants dans les départements français, source l'ONCD (51).	29
Figure 5 : Carte des intercommunalités du département de l'Aisne, Service Publique (56).....	34
Figure 6 : Diagramme circulaire des genres des praticiens, illustration personnelle.....	41
Figure 7 : Diagramme à barres verticales des effectifs par tranche d'âge des praticiens répondants, illustration personnelle.....	42
Figure 8 : Diagramme circulaire des départements d'exercices des praticiens, illustration personnelle.....	42
Figure 9 : Carte des Hauts-de-France représentant la répartition des chirurgiens-dentistes en fonction de leurs groupements communaux d'exercice, illustration personnelle.....	43
Figure 10 : Carte de la France représentant la répartition des lieux de formation universitaire des répondants, illustration personnelle.....	44
Figure 11 : Diagrammes circulaires de la répartition des spécialités, des disciplines exclusives et des disciplines orientées exercées par les praticiens, illustration personnelle.....	45
Figure 12 : Diagramme à barres verticales représentant le taux de prise en charge ou non par les praticiens en fonction de chaque tranche d'âge, illustration personnelle.....	46
Figure 13 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 0 à 3 ans pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal, source personnelle	51
Figure 14 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 4 à 6 ans pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal, source personnelle.....	52
Figure 15 : Carte représentant la densité de praticiens qui prennent en charge les enfants âgés de 7 ans et plus pour 100 000 enfants dans chaque groupement communal, source personnelle	53
Figure 16 : Diagrammes à barres des pourcentages de praticiens prenant ou non en charge des patients mineurs à besoins spécifiques, illustration personnelle.....	54
Figure 17 : Diagrammes circulaires représentant les pourcentages d'intérêts des praticiens en fonction des disciplines de formations proposées, illustration personnelle.....	55
Figure 18 : Diagramme à barres verticales des pourcentages d'âges des enfants susceptibles d'être davantage pris en soins par les praticiens suite à la revalorisation des actes pédiatriques, illustration personnelle	56
Figure 19 : Diagramme à barres verticales des actes que les praticiens accepteraient de déléguer aux assistants de niveau 2, illustration personnelle	58

Table des tableaux

Tableau 1 Tableau des actes réalisés par les praticiens en fonction des catégories d'âges des enfants, source personnelle	47
Tableau 2 : Tableau de la répartition du genre et de l'âge moyen des praticiens en fonction des tranches d'âge non prise en soins, source personnelle	48
Tableau 3 : Densité moyenne de praticiens qui prennent en charge les mineurs pour 100 000 enfants en fonction de chaque tranche d'âge, source personnelle	50

Annexe 1 : Questionnaire n°1

Message d'accueil :

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un travail de recherche mené par le Dr **Thomas MARQUILLIER** (MCU-PH en odontologie pédiatrique à Lille) en collaboration avec l'URPS chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France et s'inscrit dans la réalisation de la thèse d'exercice en chirurgie dentaire d'**Inès PUERTAS**, étudiante en 6^e année de la faculté de Lille.

Elle a pour objectif de préciser la **nature de l'activité** des chirurgiens-dentistes dans la région des Hauts-de-France, en particulier concernant la **prise en soins des enfants**.

L'enquête sera réalisée du **15 janvier 2024** au **10 mars 2024** inclus, date à laquelle le questionnaire ne sera plus actif.

Veillez à ne **pas indiquer** d'éléments permettant de vous **identifier**. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Le temps de réponse est estimé à moins de 10 minutes.

Partie 1 : Le consentement

Question n°1 : Je déclare avoir pris connaissances des informations concernant l'étude menée par l'URPS des Hauts-de-France ; dont l'objectif principal est de mettre en évidence la prise en charge des enfants par les chirurgiens-dentistes dans la région.

J'accepte de manière libre et éclairée de participer à cette recherche*.

- Oui
- Non

*Réponse obligatoire

Partie n°2 : Vous concernant

Question n°2 : Vous vous définissez ?

- Femme
- Homme
- Autre

Question n°3 : Quelle est votre année de naissance ? (Format AAAA)

Question n°4 : Dans quel département exercez-vous ?

- Aisne (02)
- Nord (59)
- Oise (60)
- Pas-de-Calais (62)
- Somme (80)

Question n°5 : A quel groupement communal votre lieu d'exercice est-il rattaché ? (Choix parmi une liste selon le département sélectionné à la question n°4)

Question n°6 : Dans quelle faculté avez-vous été formé ? (Choix selon la liste des facultés de chirurgie-dentaire française + 1 item "Hors France")

Partie n°3 : Concernant votre activité générale

Question n°7 : Êtes-vous spécialiste qualifié(e) en médecine bucco-dentaire, chirurgie orale ou orthopédie-dento-faciale ?

- Oui
- Non

Question 7.1 : Si oui, quelle est votre spécialité ?

- Chirurgie orale
- Orthopédie-dento-faciale
- Médecine bucco-dentaire

Question n°8 : Votre activité est-elle limitée à une pratique exclusive ?

- Oui
- Non

Question 8.1 : Si oui, laquelle / lesquelles ?

- Chirurgie orale
- Endodontie
- Esthétique
- Implantologie
- Occlusodontie
- Odontologie pédiatrique
- Orthopédie-dento-faciale
- Parodontologie
- Prothèses
- Soins spécifiques
- Autres :

Question n°9 : Votre activité est-elle orientée vers une / des discipline(s) ?

- Oui
- Non

Question n°9.1 : Si oui, vers quelle(s) discipline(s) ?

- Chirurgie orale
- Endodontie
- Esthétique
- Implantologie
- Occlusodontie
- Odontologie pédiatrique
- Orthopédie-dento-faciale
- Parodontologie
- Prothèses
- Soins spécifiques
- Autres :

Partie n°4 : Prise en charge des mineurs

Question n°10 : Prenez-vous en charge les enfants (mineurs < 18 ans) ?

- Oui
- Non

❖ Si la réponse est oui à la question 10 :

Question n°10.1.1 : Prenez-vous en charge les enfants de 0 à 3 ans ?

- Oui
- Non

Question 10.1.1.1 : Si oui, pour quel(s) soin(s) ?

- Pour des consultations sans actes techniques / contrôles / EBD ?
- Pour de la prophylaxie ?
- Pour des soins endodontiques ?
- Pour des soins conservateurs ?
- Pour de la chirurgie ?
- Pour des actes orthodontiques ?
- Pour d'autres types d'actes (prothèse, esthétique ...) ?

Question 10.1.1.2.1 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en soins ces enfants ?

- Vous ne vous sentez pas suffisamment compétent pour y parvenir (peur de mal faire)
- Activité stressante
- Activité que vous estimez trop peu rémunératrice
- Coopération difficile chez les enfants de cette d'âge
- Autre :

Question n°10.1.1.2.2 : Si vous ne prenez pas en charge les enfants que faites-vous ?

- Vous les orientez vers un service hospitalier ?
- Vous les orientez vers un confrère "spécialisé" ?
- Vous les orientez vers un confrère "kids friendly" qui prend en charge les enfants ?
- Aucune de ces propositions, vous refusez simplement le patient ?
- Autre ?

Question n°10.1.2 : Prenez-vous en charge les enfants de 4 à 6 ans ?

- Oui
- Non

Question 10.1.2.1 : Si oui, pour quel(s) soin(s) ?

- Pour des consultations sans actes techniques / contrôles / EBD ?
- Pour de la prophylaxie ?
- Pour des soins endodontiques ?
- Pour des soins conservateurs ?
- Pour de la chirurgie ?
- Pour des actes orthodontiques ?
- Pour d'autres types d'actes (prothèse, esthétique ...) ?

Question 10.1.2.2.1 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en soins ces enfants ?

- Vous ne vous sentez pas suffisamment compétent pour y parvenir (peur de mal faire)
- Activité stressante
- Activité que vous estimez trop peu rémunératrice
- Coopération difficile chez les enfants de cette d'âge
- Autre :

Question n°10.1.2.2.2 : Si vous ne prenez pas en charge les enfants que faites-vous ?

- Vous les orientez vers un service hospitalier ?
- Vous les orientez vers un confrère "spécialisé" ?
- Vous les orientez vers un confrère "kids friendly" qui prend en charge les enfants ?
- Aucune de ces propositions, vous refusez simplement le patient ?
- Autre ?

Question n°10.1.3 : Prenez-vous en charge les enfants de 7 à 10 ans ?

- Oui
- Non

Question 10.1.3.1 : Si oui, pour quel(s) soin(s) ?

- Pour des consultations sans actes techniques / contrôles / EBD ?
- Pour de la prophylaxie ?
- Pour des soins endodontiques ?
- Pour des soins conservateurs ?
- Pour de la chirurgie ?
- Pour des actes orthodontiques ?
- Pour d'autres types d'actes (prothèse, esthétique ...) ?

Question 10.1.3.2.1 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en soins ces enfants ?

- Vous ne vous sentez pas suffisamment compétent pour y parvenir (peur de mal faire)
- Activité stressante
- Activité que vous estimez trop peu rémunératrice
- Coopération difficile chez les enfants de cette d'âge
- Autre :

Question n°10.1.3.2.2 : Si vous ne prenez pas en charge les enfants que faites-vous ?

- Vous les orientez vers un service hospitalier ?
- Vous les orientez vers un confrère "spécialisé" ?
- Vous les orientez vers un confrère "kids friendly" qui prend en charge les enfants ?
- Aucune de ces propositions, vous refusez simplement le patient ?
- Autre ?

Question n°10.1.4 : Prenez-vous en charge les enfants de plus de 10 ans ?

- Oui
- Non

Question 10.1.4.1 : Si oui, pour quel(s) soin(s) ?

- Pour des consultations sans actes techniques / contrôles / EBD ?
- Pour de la prophylaxie ?
- Pour des soins endodontiques ?
- Pour des soins conservateurs ?
- Pour de la chirurgie ?
- Pour des actes orthodontiques ?
- Pour d'autres types d'actes (prothèse, esthétique ...)

Question 10.1.4.2.1 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en soins ces enfants ?

- Vous ne vous sentez pas suffisamment compétent pour y parvenir (peur de mal faire)
- Activité stressante
- Activité que vous estimez trop peu rémunératrice
- Coopération difficile chez les enfants de cette d'âge
- Autre :

Question n°10.1.4.2.2 : Si vous ne prenez pas en charge les enfants que faites-vous ?

- Vous les orientez vers un service hospitalier ?
- Vous les orientez vers un confrère "spécialisé" ?
- Vous les orientez vers un confrère "kids friendly" qui prend en charge les enfants ?
- Aucune de ces propositions, vous refusez simplement le patient ?
- Autre ?

❖ Si la réponse est non à la question n°10:

Question 10.2.1 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en soins ces enfants ?

- Vous ne vous sentez pas suffisamment compétent pour y parvenir (peur de mal faire)
- Activité stressante
- Activité que vous estimez trop peu rémunératrice
- Coopération difficile chez les enfants de cette d'âge
- Autre :

Question n°10.2.2 : Si vous ne prenez pas en charge les enfants que faites-vous ?

- Vous les orientez vers un service hospitalier ?
- Vous les orientez vers un confrère "spécialisé" ?
- Vous les orientez vers un confrère "kids friendly" qui prend en charge les enfants ?
- Aucune de ces propositions, vous refusez simplement le patient ?
- Autre ?

Partie n°5 : Prise en charge particulière de patients mineurs

Question n°11 : Prenez-vous en soins les mineurs porteurs de handicaps (cognitifs, moteurs ...) ?

- Oui
- Non

Question n°12 : Prenez-vous en soins les mineurs avec une maladie chronique (diabète, cardiopathies ...) ?

- Oui
- Non

Question n°13 : Le fait qu'un enfant soit adressé (par un médecin ou centre de PMI) influence-t-il votre choix de le prendre en soin ?

- Oui
- Non

Question n°13.1 : Si oui, communiquez-vous avec eux ?

- Oui
- Non

Question n°13.1.1 : Si oui, par quel(s) moyen(s) (courriers, mail, téléphone, autre) ?

Partie n°6 : Amélioration de la prise en charge

Question n°14 : Seriez-vous intéressé(e) par des formations complémentaires qui vous aideraient dans la prise en charge des enfants ?

- Oui
- Non

Question n°14.1 : Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

- Traumatologie
- Cariologie
- Anesthésie / douleur
- Prescription
- Risques liés à une pathologie générale
- Restaurations / biomatériaux
- Anomalies dentaires liées ou non à un syndrome (MIH, amélogénèse imparfaite ...)
- Chirurgie
- Croissance / interception orthodontique
- Accompagnement de l'enfant (abord psychologique, MEOPA ...)

Question n°15 : La revalorisation prochaine des soins dans le cadre de la nouvelle convention est-elle susceptible de vous inciter à prendre en charge davantage d'enfants ?

- Oui
- Non

Question n°16 : La revalorisation prochaine des soins dans le cadre de la nouvelle convention est-elle susceptible de vous inciter à prendre en charge des enfants plus jeunes ?

- Oui
- Non
- Je prends déjà en charge des enfants de tout âge

Question n°16.1 : Si oui, quelle(s) tranche(s) d'âge seriez-vous susceptible de prendre davantage en charge ?

- 0 – 3 ans
- 4 – 6 ans
- 7 – 10 ans
- Plus de 10 ans

Partie n°7 : Autres

Question n°17 : Avez-vous du personnel au sein de votre cabinet ?

- Oui
- Non

Question n°17.1 : Si oui, quel(s) type(s) ?

- Secrétaire
- Assistant(e) dentaire
- Aide dentaire
- Autre :

Question n°18 : Faites-vous partie d'un réseau de soins (type Handident) ?

- Oui
- Non

Question n°18.1 : Si oui, précisez lequel ?

Question n°19 : Seriez-vous favorable pour recruter un(e) assistant(e) dentaire de niveau 2* ?

- Oui
- Non

*L'assistant dentaire de niveau 2 (statut subordonné à l'obtention préalable d'un titre de formation spécifique) pourra contribuer aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, orthodontiques et à des soins post-chirurgicaux

Question n°19.1 : Si oui, seriez-vous favorable pour déléguer des actes à l'assistant(e) de niveau 2 ?

- Oui
- Non

Question n°19.1.1 : Si oui, précisez lesquels ?

- Radiographies
- Photographies
- Scelllements de sillons
- Détartrage supra-gingival
- Nettoyage prophylactique
- Aéro-polissage
- Application de vernis / topiques fluorés
- Remplacement de pansement provisoire
- Education pour la santé bucco-dentaire
- Retrait de fil de chirurgie
- Actes d'orthodontie
- Autre :

Question n°20 : Accepteriez-vous de laisser vos coordonnées pour être recontacté dans le cadre de l'étude ou afin de recevoir les résultats de cette étude ? *

- Oui
- Non

*Si vous acceptez un lien sera disponible à la fin de ce questionnaire afin de nous laisser vos coordonnées sur un espace sécurisé qui permettra de conserver l'anonymat de toutes vos réponses.

Message de fin :

Merci beaucoup pour votre participation !

Si vous avez accepté de laisser vos coordonnées à la question précédente, merci de cliquer sur ce lien :

Si vous souhaitez accéder aux résultats scientifiques de l'étude, nous restons à votre disposition par mail aux adresses suivantes :

- Ines.puertas.etu@univ-lille.fr
- Marie.craquelin@univ-lille.fr

Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux participants

Madame, Monsieur,

Je suis Inès PUERTAS, étudiante en chirurgie-dentaire (Université de Lille : UFR3S-odontologie).

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je mène une enquête sur l'accès aux soins dentaires des enfants dans la région des Hauts-de-France.

Il s'agit d'un travail de recherche scientifique, en collaboration avec le Dr Thomas MARQUILLIER (MCU-PH en odontologie pédiatrique à Lille) et l'URPS chirurgiens-dentistes, ayant pour but de préciser la nature de l'activité des chirurgiens-dentistes dans la région des Hauts-de-France, en particulier concernant la prise en soins des enfants.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre vous devez :

- *Être inscrit à l'Ordre,*
- *Exercer actuellement dans la région des Hauts-de-France,*
- *Comprendre le français écrit.*

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il vous prendra moins de 10 minutes seulement.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront conservées que pour une durée de 5 ans dans un fichier Excel protégé par un mot de passe.

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à mon travail et pour votre participation.

Bien cordialement,

PUERTAS Inès, étudiante de 6e année à la Faculté de chirurgie-dentaire de Lille.

Annexe 3 : Questionnaire n°2

Question n°1 : Accepteriez-vous de laisser vos coordonnées pour être recontacté dans le cadre de l'étude ?

- Oui
- Non

Question n°1.1 : Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- Afin de connaître les résultats de l'enquête
- Pour être recontacté pour des entretiens en lien avec l'enquête
- Pour approfondir des notions ou poser des questions en lien avec l'enquête
- Autre :

Question n°1.2 : Si oui, merci de laisser vos coordonnées (nom, prénom, mail et/ou téléphone) dans la zone de texte ci-dessous :

Message de fin :

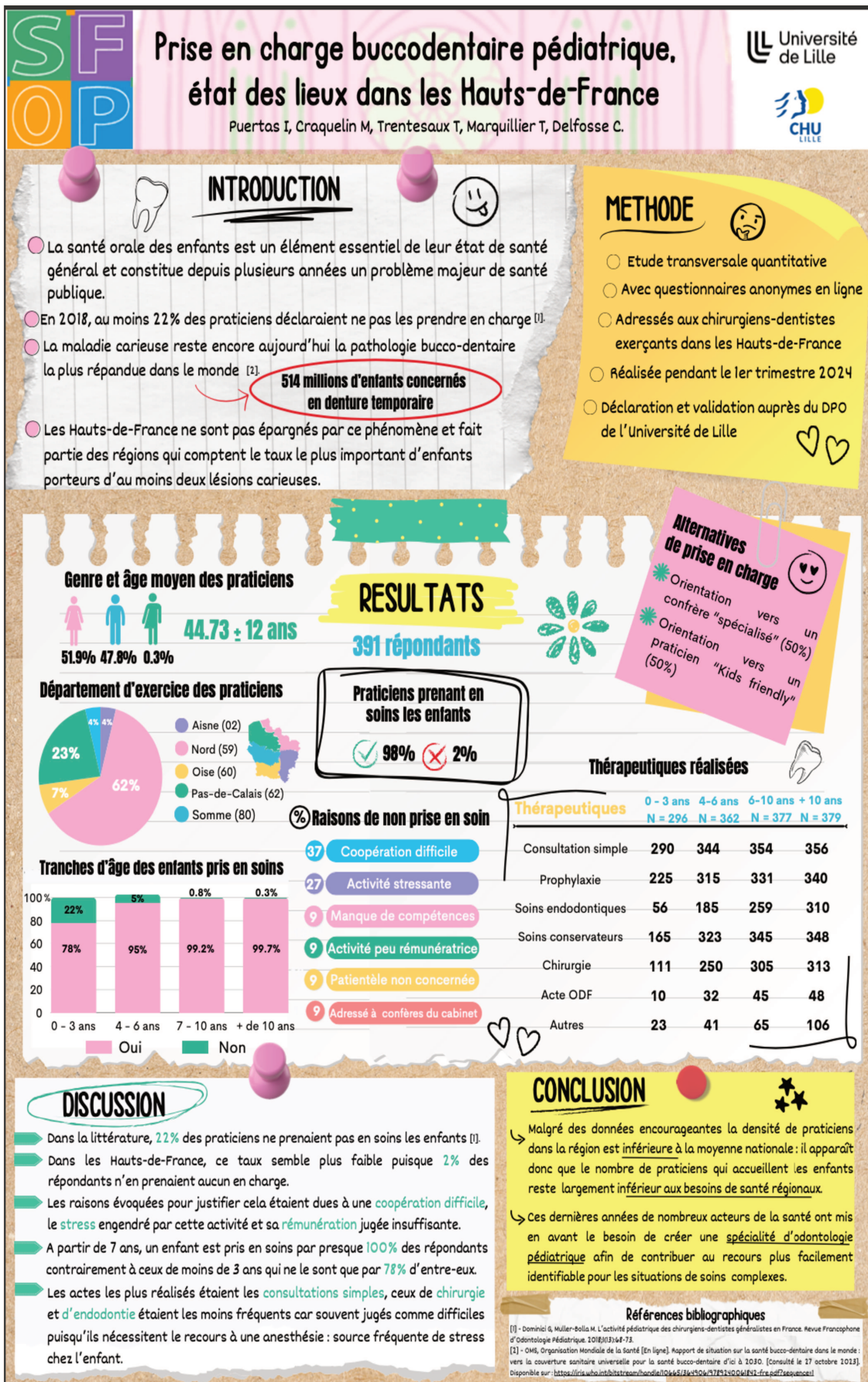
Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, nous restons à votre disposition par mail aux adresses suivantes :

ines.puertas.etu@univ-lille.fr

marie.craquelin@univ-lille.fr

Annexe 4 : Poster des résultats



La prise en charge des enfants au cabinet dentaire en 2024 : Étude auprès des chirurgiens-dentistes de la région des Hauts-de-France / Inès PUERTAS. - p. (85) : ill. (22) ; réf. (77).

Domaine : Odontologie Pédiatrique

Mots clés FMeSH : Enquête de santé dentaire ; Pédodontie ; Évaluation des pratiques professionnelles ; Cartographie géographique ; Santé de l'enfant.

Mots clés Rameau : Enquête ; Santé bucco-dentaire des enfants ; Pratiques professionnelles des dentistes ; Accessibilité aux soins dentaires ; Hauts-de-France

Résumé de la thèse :

La santé bucco-dentaire de l'enfant a un impact important sur son état de santé général. Au cours des premières années de sa vie il pourra être confronté à une multitude d'affections bucco-dentaires et en particulier la maladie carieuse qui reste à ce jour la pathologie chronique la plus répandue chez l'enfant.

En France, des études précédemment menées au niveau national ou départemental ont montrées que 18 à 22% des chirurgiens-dentistes ne prenaient pas en soins les enfants et les adolescents. Face à ce constat, il semblait pertinent d'examiner l'accès aux soins pédiatriques, dans une région confrontée au manque de praticiens, comme celle des Hauts-de-France.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prise en charge des enfants par les chirurgiens-dentistes de la région des Hauts-de-France à l'aide d'un questionnaire électronique. A terme les résultats obtenus ont permis d'établir une cartographie de la prise en charge des enfants, en fonction de leur âge, afin d'identifier leurs difficultés d'accès aux soins dans les différents groupements communaux de la région.

JURY :

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Asseseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER
Madame le Docteur Marie CRAQUELIN

Membre invité : Madame le Docteur Marie BISERTE