

ENQUÊTE JEUNES 2010-2012

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

CHEZ LES JEUNES
EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

UNE PUBLICATION DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ
DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG

EN COLLABORATION AVEC L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ DU HAINAUT
ET LA FONDATION POUR LA SANTÉ DENTAIRE



Santé bucco-dentaire



Province de
Luxembourg

www.province.luxembourg.be



Prévention
Santé

SOMMAIRE

ENQUÊTE JEUNES 2010-2012	4
PRÉFACE	5
INTRODUCTION	6
MATÉRIEL ET MÉTHODE	7
RÉSULTATS	8-30
01. BILAN CARIEUX	8-11
02. SOINS DENTAIRES	12-15
03. HYGIÈNE ORALE	16-18
04. CONCLUSION DE L'EXAMEN DENTAIRE	19-20
05. TRAUMATISMES	21
06. ORTHODONTIE	22-23
07. CONSOMMATION DE SNACKS ET SODAS	24-27
08. REPRÉSENTATIONS	28-30
CONCLUSION	31-32
BIBLIOGRAPHIE	33-35

ENQUÊTE JEUNES 2010-2012

Cette enquête offre une vision globale de la santé des jeunes scolarisés en province de Luxembourg.

Ce dossier fait partie d'une collection offrant un éclairage particulier sur des aspects spécifiques de la santé des jeunes.

Ce volet est consacré à la santé bucco-dentaire. Il est disponible sur le site web de l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg. Ce service public provincial encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication.



Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg - *Enquête Jeunes 2010-2012 : Santé bucco-dentaire chez les jeunes en province de Luxembourg*, Arlon, 2013.

PRÉFACE

C'est avec plaisir que nous vous présentons aujourd'hui le premier rapport thématique axé sur la santé des jeunes en province de Luxembourg.

Ce travail a pour vocation de venir combler le manque de données sur la santé des jeunes de notre territoire et se veut avant tout un outil indispensable aux professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation mais également aux acteurs politiques.

Pour ce volet, focus sur la santé bucco-dentaire.

Bien que l'on constate une nette amélioration ces dernières années, notamment grâce à une meilleure politique de remboursement des soins dentaires pour les jeunes de moins de 18 ans, elle reste un révélateur important des inégalités sociales de santé.

Ce rapport est donc une étape cruciale dans le développement de projets visant à améliorer la santé bucco-dentaire pour tous, par le biais de campagnes d'information et d'éducation notamment.

L'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg s'est associé avec l'Observatoire de la Santé de la Province du Hainaut et la Fondation pour la Santé Dentaire et est heureux de vous proposer cet ouvrage.

Il est le fruit d'un long travail d'équipe qui a débuté en 2010. Les données ont été collectées, traitées, analysées et synthétisées par l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg.

Un travail riche et dense voit donc le jour aujourd'hui, non seulement grâce à la belle collaboration développée par l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg mais aussi grâce à la volonté politique de donner vie à un projet imaginé il y a maintenant déjà plusieurs années.

Bonne lecture.

Le Député provincial en charge du Service provincial Social et Santé

INTRODUCTION

Pour 43 % des jeunes Luxembourgeois interrogés, la qualité de leur sourire est importante et pour un tiers d'entre eux, elle est même très importante. 84 % sont d'accord avec l'affirmation que « pour avoir un beau sourire, il est important d'avoir des dents sans carie ». De plus, 44 % estiment que les problèmes dentaires ne sont pas moins importants que les autres problèmes de santé.

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de l'état de santé général et est essentielle au bien-être (OMS, 2003; WFPHA, 2013). En effet, une santé bucco-dentaire déficiente peut nuire à l'apparence et à l'estime de soi (Boissonnat-Pelsy et al., 2012; Santé Canada, 2009). Une bouche en bonne santé permet à un enfant de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de goûter, de manger et de vivre en communauté sans devoir souffrir d'inconfort ou d'embarras. Les maladies bucco-dentaires, quant à elles, restreignent les activités scolaires et personnelles (OMS, 2003).

La carie dentaire est d'ailleurs l'affection chronique la plus courante chez l'enfant (Bourgeois et al., 2005; Ciucchi, 2012; WFPHA, 2013). Jusqu'à une période très récente, presque tous les individus avaient fait l'expérience d'une carie dentaire au moins une fois dans leur vie (Badet, 2004).

Dans le monde, elle affecte 60 à 90 % des enfants en âge de scolarité (OMS, 2012; WFPHA, 2013).

Toutefois, une amélioration globale de la santé bucco-dentaire est remarquée dans nos sociétés au cours de ces trente dernières années. Celle-ci s'expliquerait par l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire (qualité du brossage et usage régulier de fluorures), la facilité d'accès aux soins dentaires ainsi que la mise en place de systèmes de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire (Lardinois, 2009). Malgré tout, de profondes inégalités persistent et constituent un enjeu majeur en termes de santé publique (Baillon-Javon et al., 2012). Surtout que le groupe le plus vulnérable est bien souvent celui des enfants (Major and chronic disease, 2008).

A l'heure actuelle, il est difficile d'avoir des représentations précises concernant la santé, et en particulier la santé bucco-dentaire chez les jeunes de la province de Luxembourg.

C'est pourquoi, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg a mené, durant les années scolaires 2010-2011 et 2011-2012, une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire chez les jeunes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Avant 2010, en province de Luxembourg, il existait très peu de données spécifiques sur la santé des jeunes. Pour pallier à cette absence de données, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg a mené, entre 2010 et 2012, une enquête épidémiologique transversale en partenariat avec l'ensemble des Centres de santé scolaires provinciaux PSE (Promotion de la Santé à l'École) et PMS (Psycho-Médico-Sociaux), la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD) et l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH).

L'objet de cette collaboration était de récolter des données épidémiologiques sur la santé des jeunes en province de Luxembourg afin de dégager des tendances et d'alimenter des projets de promotion de la santé.

L'enquête s'articule autour d'un suivi épidémiologique global (alimentation, état de santé, activité physique, sédentarité, assuétudes, consommation de soins) et d'une thématique spécifique, à savoir cette année **la santé bucco-dentaire**.

Ainsi, 1.672 jeunes (537 élèves pour le primaire et 1.135 élèves pour le secondaire) issus de 72 écoles différentes et de 105 classes de 6ème primaire, de 2ème secondaire et de 4ème secondaire, provenant des différents réseaux et filières d'enseignement ont été interrogés au travers d'un questionnaire auto-administré. Cette enquête s'est déroulée au Centre de santé scolaire, le jour de la visite médicale.

Parmi ces jeunes, 1.547 ont été examinés par 10 dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire. Ceux-ci se sont relayés dans les écoles et/ou Centres de santé scolaires afin de réaliser un examen complet de la bouche. Cet examen était d'environ 10 minutes en moyenne par élève. Il a permis de mettre en évidence toute une série de paramètres importants en matière de santé bucco-dentaire (bilan carieux, traumatismes, orthodontie, état des gencives, hygiène buccale, scellements, conclusion de l'examen dentaire).

L'ensemble des données récoltées grâce au questionnaire de santé et à l'examen de la bouche ont été analysées à l'aide de différents tests statistiques.

Les élèves ont été regroupés, pour l'analyse, en trois groupes d'âge correspondant la plupart du temps au niveau scolaire : 10 à 12,99 ans (groupe d'âge 11 ans) ; 13 à 14,99 ans (groupe d'âge 13 ans) et 15 à 17,99 ans (groupe d'âge 16 ans).

RÉSULTATS

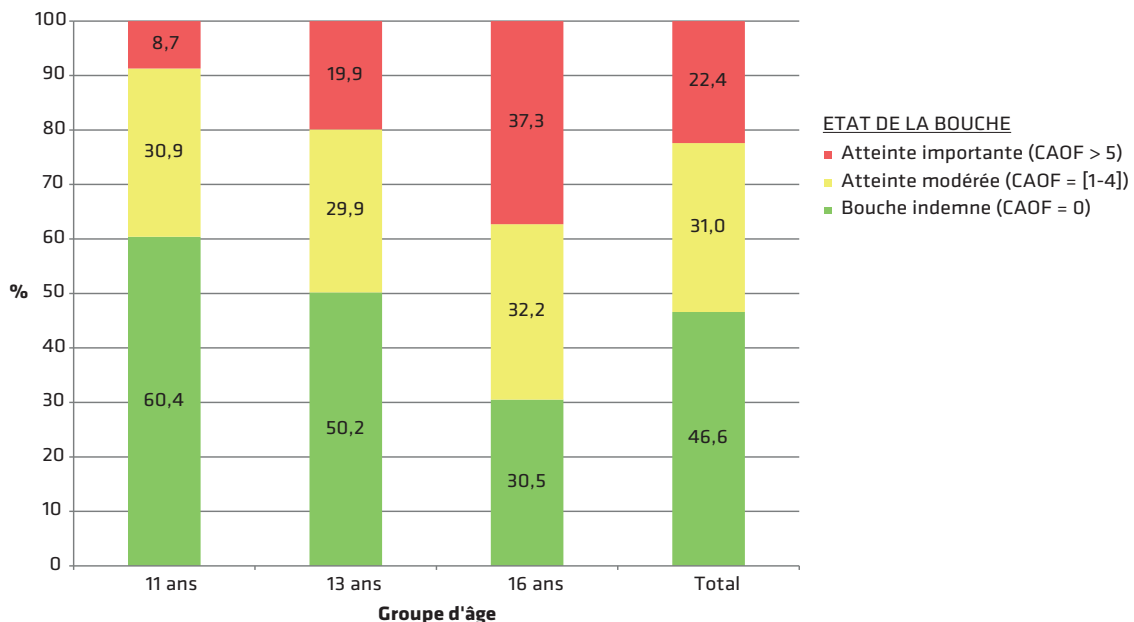
01 - BILAN CARIEUX

Indice CAOF

L'indice CAOF est un des paramètres étudiés lors de l'examen complet de bouche réalisé par les dentistes de la FSD. Il totalise le nombre de **F**aces dentaires **C**ariées, **A**bsentes ou **O**bturées pour caries. Pour les 28 dents examinées (les dents de sagesse et les dents de lait ne sont pas prises en considération), on dénombre 128 faces.

L'indice CAOF donne une bonne idée de la gravité de l'atteinte carieuse. Trois catégories ont été déterminées sur base de la valeur de l'indice : CAOF = 0, CAOF = [1-4] et CAOF > 5.

Figure 01 - Etat de la bouche (indice CAOF) selon le groupe d'âge (n=1546)



Source : DSL_Enquête Jeunes 2010-2012

De nombreuses études ont mis en évidence une importante diminution de la carie dentaire chez l'enfant ces dernières années, que ce soit en Belgique ou dans les pays industrialisés (Bourgeois et al., 2005; Brodeur et al., 1998; OMS, 2003; Tellier, 2006; Vanobbergen et al., 2001; Van Nieuwenhuysen et al., 2000 et 2002).

Les résultats de l'Enquête Jeunes conduisent à un constat identique : 46,6 % des jeunes de 10 à 17 ans ont une bouche indemne de carie, 31,0 % une bouche légèrement atteinte (moins de 5 faces dentaires atteintes) et 22,4 % une bouche fortement atteinte (plus de 5 faces dentaires atteintes).

Toutefois, notre étude a montré qu'il existe un gradient en fonction de l'âge. En effet, si 60,4 % des enfants du groupe d'âge 11 ans ont une bouche indemne de carie, ils ne sont plus que 30,5 % dans le groupe d'âge 16 ans, soit presque deux fois moins. Il y a donc une évolution décroissante fortement marquée de la proportion de jeunes présentant un indice CAOF = 0 en fonction de l'âge.

De même, si 8,7 % des jeunes du groupe d'âge 11 ans présentent une bouche avec une atteinte carieuse importante, ils sont proportionnellement quatre fois plus nombreux (37,3 %) dans le groupe d'âge 16 ans.

Tableau 01 - Valeur moyenne de l'indice CAOAF et de ses composantes selon le groupe d'âge

	GROUPE 11 ANS	GROUPE 13 ANS	GROUPE 16 ANS
Indice CAOAF	1,27	2,52	5,09
Indice C	0,25	0,41	0,74
Indice A	0,00	0,17	0,59
Indice O	1,02	1,97	3,75
Indice de restauration	0,86	0,85	0,86

Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

En moyenne, l'indice CAOAF est de 1,27 dans le groupe d'âge 11 ans. Dans le groupe d'âge 16 ans, celui-ci est multiplié par quatre et atteint la valeur 5,09 correspondant à une atteinte importante.

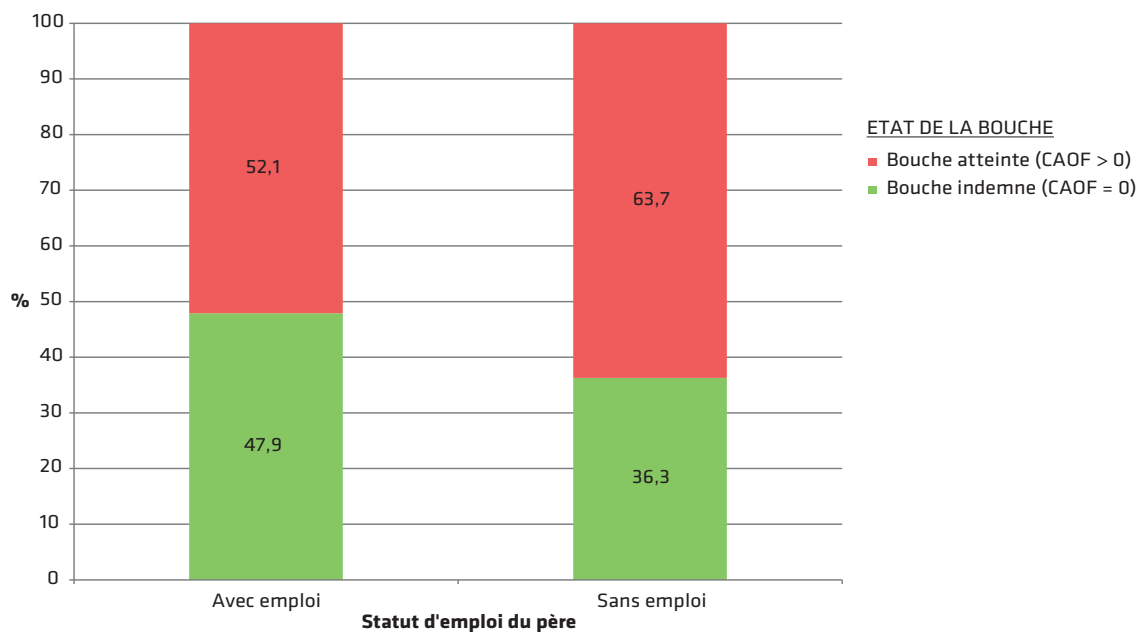
L'étude de Brodeur et al. (1998) montre que, de manière générale, très peu de dents permanentes sont extraites pour cause de carie, que très peu de faces cariées sont en attente de traitement et que plus de 90 % des caries sont traitées.

Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux de notre Enquête. En effet, l'indice A moyen (nombre de faces dentaires **extraites** pour cause de carie) est nul dans le groupe d'âge 11 ans et est de 0,59 dans le groupe d'âge 16 ans. L'indice C (nombre de faces dentaires **cariées**) passe respectivement de 0,25 à 0,74 entre les groupes d'âge 11 ans et 16 ans.

L'indice de restauration, qui est égal au rapport entre le nombre de faces obturées et la somme du nombre de faces cariées et du nombre de faces obturées, reste quant à lui constant. Quelle que soit la catégorie d'âge, il vaut environ 85 %, c'est-à-dire que 85 % des faces cariées sont traitées.

Statut socio-économique

Figure 02 - Etat de la bouche (indice CAO F) selon le statut d'emploi du père (n=1389)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

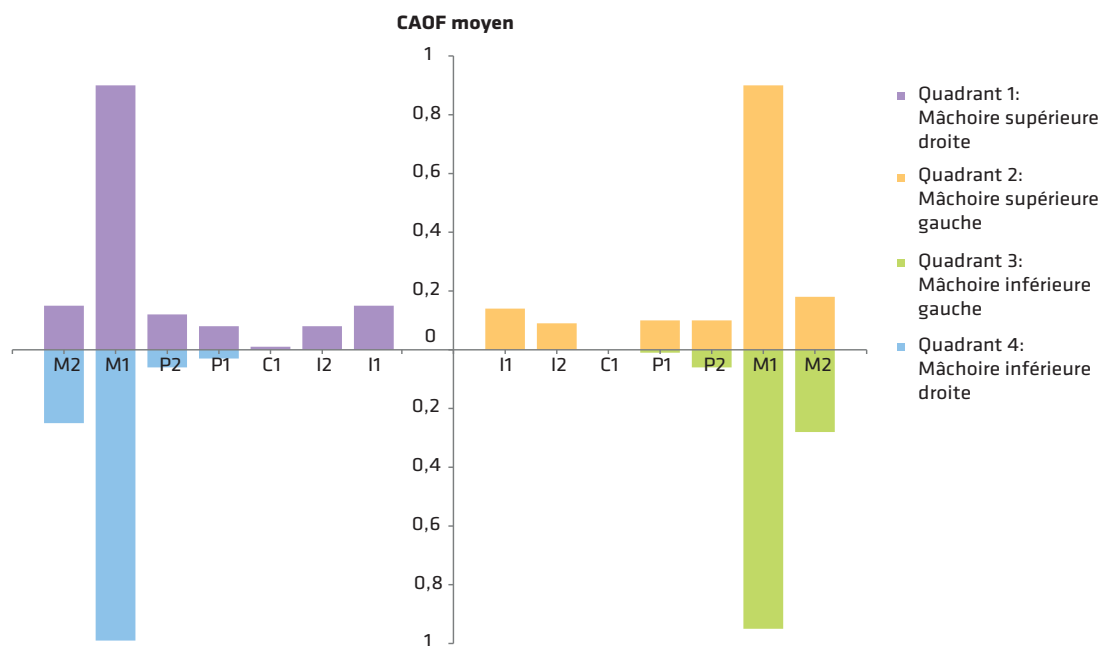
Lorsque le père possède un emploi, presque un jeune sur deux (47,9 %) présente une bouche indemne contre seulement un jeune sur trois (36,3 %) si celui-ci est sans emploi.

Le déclin de la carie chez les enfants a débuté il y a une trentaine d'années et les différentes études citées prouvent que la baisse se poursuit. Par contre, les inégalités sociales par rapport à cette affection persistent et s'accroissent; la carie est concentrée chez un groupe d'enfants provenant plus souvent des milieux socialement moins favorisés (Brodeur et al., 1998). De même, plusieurs études confirment que ce sont dans les catégories les plus fragilisées que l'on retrouve un état de santé bucco-dentaire déficient (Rapport de l'INAMI sur la santé bucco-dentaire, 2011; Tellier, 2006; Van Nieuwenhuysen et al., 2002; Van Steenberghe, 2003; Vanobbergen et al., 2010).

Cette enquête a également mis en évidence que le pourcentage de jeunes présentant une bouche atteinte était plus important avec l'avancée en âge, mais aussi lorsque le jeune suit l'enseignement de qualification et lorsque les parents exercent des professions peu ou pas qualifiées.

Dent de 6 ans

Figure 03 - Nombre moyen de faces dentaires atteintes cariées, obturées ou absentes par type de dents. (I) Incisives; (C) Canines; (P) Prémolaires; (M) Molaires (n=826)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Ce graphique montre l'indice CAOOF moyen par type de dent chez les enfants ayant au moins une face atteinte. La carie ne touche pas l'ensemble des dents uniformément. Les premières molaires (M1, appelées dents de 6 ans car elles apparaissent dès l'âge de 6 ans), sont les **plus atteintes** avec un indice CAOOF moyen proche de 1,0.

Les premières molaires définitives apparaissent vers l'âge de 6 ans, en même temps que tombent les premières dents de lait. Leur éruption passe souvent inaperçue car elles poussent à l'arrière des molaires de lait, loin dans le fond de la bouche. Leur positionnement rend également un brossage de qualité plus difficile (Axelsson, 2000; Bourgeois et al., 2005; Brodeur et al., 1998; De Clerck et al., 2002; FSD, 2013).

La dent de 6 ans est donc la « dent de tous les dangers » et justifie à elle seule des actions en promotion de la santé bucco-dentaire destinées aux enfants à partir de 6 ans (Tellier, 2006). Le bilan carieux des premières molaires permanentes chez l'enfant fait par ailleurs partie des indicateurs essentiels de santé bucco-dentaire (Bourgeois et al., 2005).

Statut tabagique

La littérature (Warnakulasuriya et al., 2010) met en lumière un lien entre le tabagisme actif et la carie dentaire.

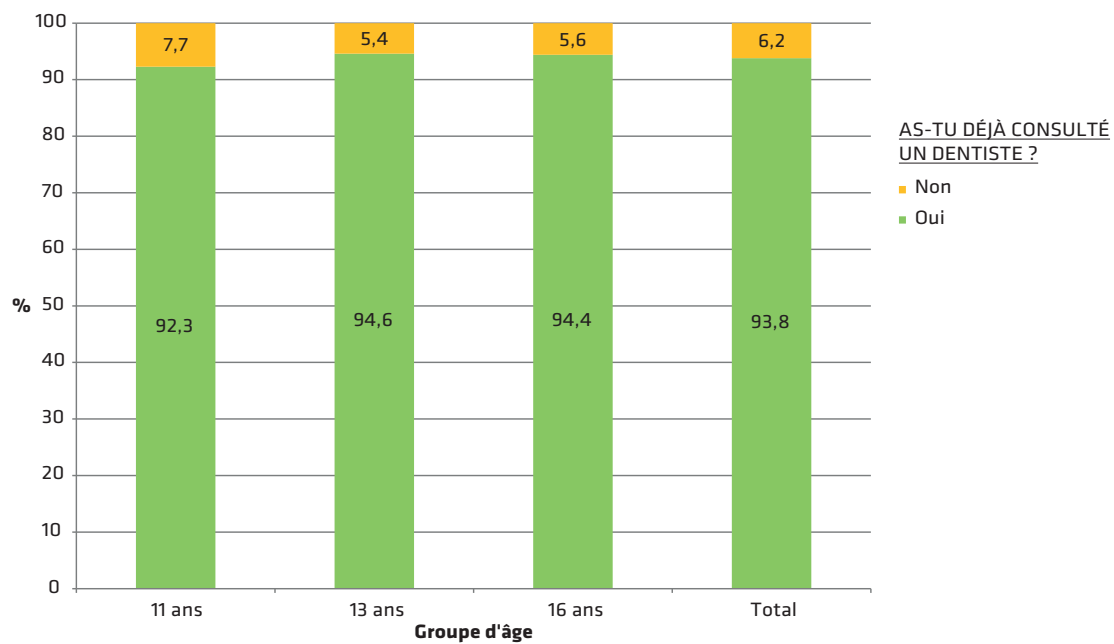
Notre étude s'est intéressée à l'indice CAOOF en fonction du statut tabagique des jeunes du groupe d'âge 16 ans. Toutefois, nous n'avons pu tirer aucune conclusion significative. En effet, peu importe si le jeune est fumeur ou non, le pourcentage de jeunes présentant une bouche atteinte (CAOOF > 0) est identique. Cela est vraisemblablement lié au fait que le jeune fume depuis trop peu de temps et que les effets nocifs du tabac sur les dents n'ont pas encore pu se manifester. Ce constat peut servir d'argument pour inciter les jeunes à arrêter de fumer avant que leur santé bucco-dentaire ne soit affectée.

Visite chez le dentiste

Bien qu'une bonne alimentation et une bonne hygiène bucco-dentaire soient essentielles, une surveillance et des soins professionnels sont également nécessaires pour maintenir une santé bucco-dentaire optimale. Des consultations dentaires régulières permettent d'anticiper des pathologies et affections bucco-dentaires, de les prévenir et de les traiter précocement chez les personnes de tous les âges (Bourgeois et al., 2005).

En Belgique, la gratuité des soins dentaires est assurée pour chaque enfant jusqu'à son 12ème anniversaire depuis le 1er septembre 2005, jusqu'à son 15ème anniversaire depuis le 1er juillet 2008 et jusqu'à son 18ème anniversaire depuis le 1er mai 2009 (INAMI, 2013). L'augmentation de l'âge de la gratuité des soins explique, du moins en partie, l'augmentation du nombre de consultations chez le dentiste.

Figure 04 - Consultation chez le dentiste selon le groupe d'âge (n=1608)

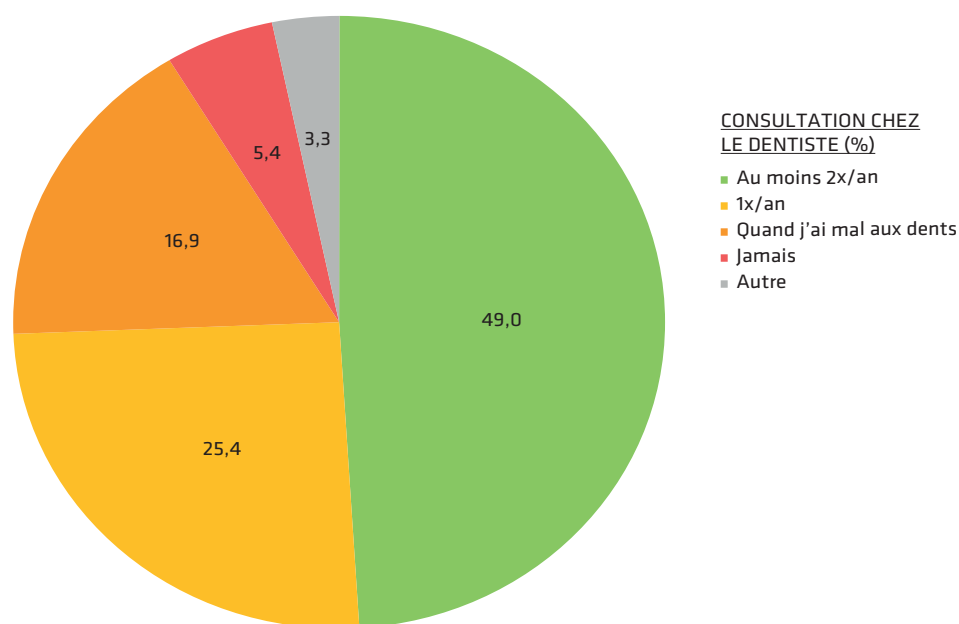


Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

L'Enquête Jeunes montre que 93,8 % des jeunes ont déclaré s'être déjà rendus chez le dentiste. De plus, cette proportion ne varie pas par rapport à l'âge.

Parmi le faible nombre de jeunes qui se ne sont jamais rendus chez le dentiste, les raisons évoquées sont diverses : le fait de n'avoir jamais ressenti de douleur aux dents, puis la tradition familiale de ne jamais aller chez le dentiste et enfin le risque que cela ne coûte trop cher.

Figure 05 - Fréquence de consultation chez le dentiste (n=1606)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

1 jeune sur 2 (49,0 %) déclare se rendre chez le dentiste au moins deux fois par an (suivant donc la recommandation officielle); 1 jeune sur 4 (25,4 %) une fois par an ; 16,9 % des jeunes déclarent aller chez le dentiste uniquement quand ils ont mal aux dents et 5,4 % disent ne jamais consulter un dentiste.

Parmi les jeunes ayant déjà consulté un dentiste, 71,0 % déclarent l'avoir consulté pour la dernière fois au cours de l'année écoulée.

Ces résultats sont généralement plus encourageants que ceux obtenus dans d'autres études détaillées ci-dessous.

Selon l' Enquête Nationale de Santé de 2008 (ISP, 2013), les jeunes de moins de 18 ans ont en moyenne 1,4 contact par an avec le dentiste contre 2,4 avec le médecin généraliste.

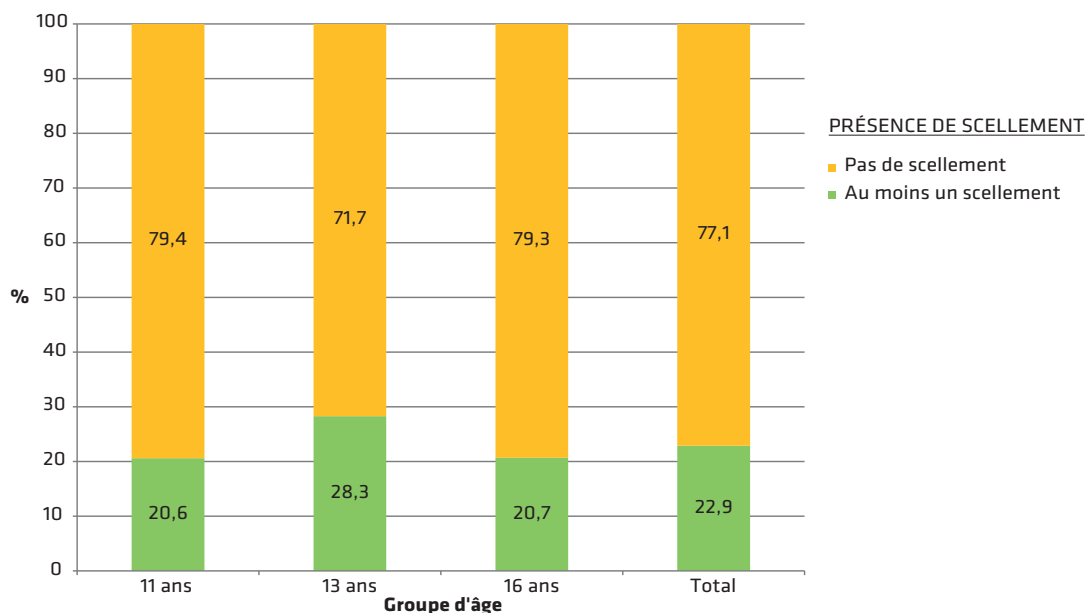
L'étude de Van Steenberghe et al. (2003) souligne que 15 % de jeunes enfants âgés de 6 à 12 ans ne sont jamais allés chez le dentiste.

Falez et al. (2005) montre une large sous-consommation de soins dentaires par les enfants alors qu'ils sont censés voir le dentiste au moins deux fois par an.

Scellements

Poser un scellement est un acte non invasif **préventif**. Il s'agit d'une barrière physique étanche, lisse et plane qui s'oppose à l'accumulation de la plaque bactérienne et qui prévient ainsi l'apparition de caries (HAS, 2005).

Figure 06 - Présence de scellement selon le groupe d'âge (n=1547)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Notre Enquête montre que globalement 22,9 % des jeunes examinés sont porteurs d'au moins un scellement. De plus, un fort gradient est observé entre les groupes d'âge (20,6 % des jeunes du groupe d'âge 11 ans sont porteurs d'au moins un scellement, ils sont 28,3 % dans le groupe d'âge 13 ans).

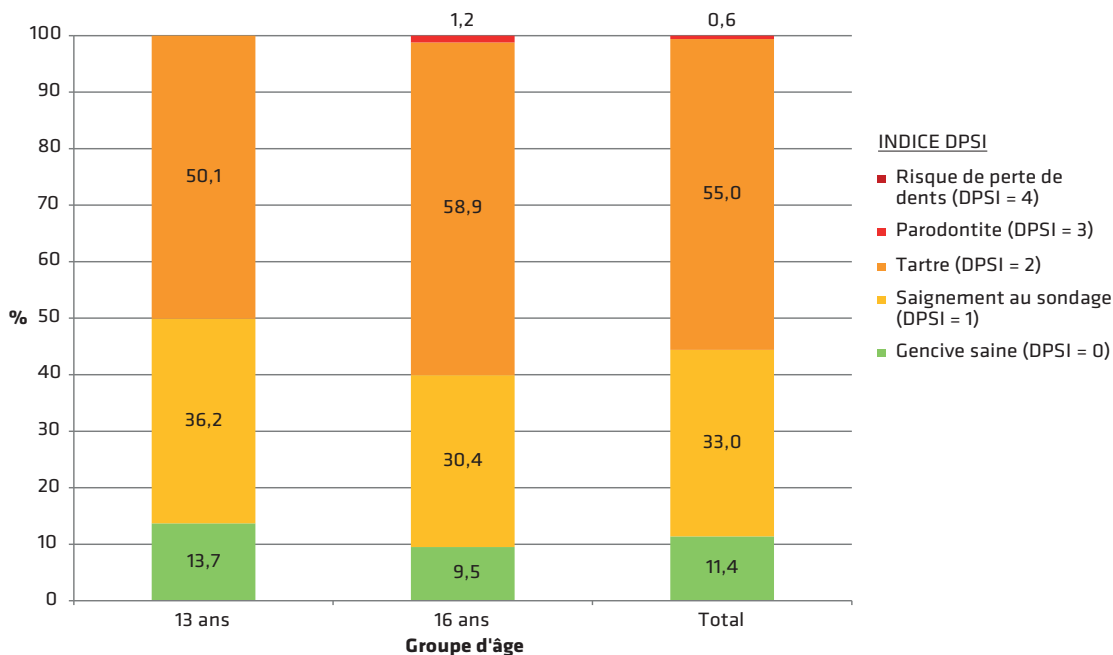
Le rapport de l'INAMI sur la santé bucco-dentaire (2011) et l'étude de De Clerck et al. (2002) confirment les chiffres obtenus pour le groupe d'âge 13 ans. En effet, 28,0 % des jeunes de 12-14 ans sont porteurs d'au moins un scellement selon le rapport INAMI et 24,6 % à l'âge de 12 ans selon l'étude de De Clerck.

Etat des gencives

Les maladies des gencives résultent d'une inflammation qui peut toucher l'ensemble des tissus de soutien des dents. La plaque est un film bactérien transparent et collant qui s'accumule sur les dents, s'épaissit et durcit. A défaut de se brosser les dents tous les jours, la plaque durcit et se transforme en tartre, favorisant l'infection gingivale (Santé Canada, 2009).

L'état des gencives et de l'os qui soutient les dents est évalué grâce à l'indice DPSI (Société belge de parodontologie, 2013). Cet indice est un autre paramètre étudié par les dentistes de la FSD. Il contribue à préciser le besoin en traitement parodontal. Celui-ci a été mesuré uniquement auprès des élèves du secondaire parce que les problèmes de gencives se développent davantage chez l'adulte.

Figure 07 - Evaluation du besoin en soins parodontaux (indice DPSI) selon le groupe d'âge (n=1013)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Au total, 11,4 % seulement des jeunes des groupes d'âge 13 et 16 ans ont des gencives parfaitement saines, 33,0 % présentent un saignement au sondage¹, 55,0 % du tartre et 0,6 % présentent une parodontite².

Saignement au sondage et tartre sont assez répandus chez les jeunes de la province de Luxembourg, preuve que les gestes réflexes d'une bonne hygiène dentaire ne sont pas acquis.

Carvalho et al. (2001) concluait déjà en 2001 que l'hygiène buccale chez les adolescents bruxellois nécessitait d'être améliorée pour réduire la prévalence élevée de gingivite³.

Le rapport de l'OMS (2003) indique également que, dans le monde, la plupart des enfants présentent des signes de gingivite.

Statut tabagique

Les effets secondaires du tabagisme sur la cavité buccale sont bien documentés, et la consommation de tabac est clairement associée à la présence et à la sévérité des maladies parodontales (Bourgeois et al., 2005; FSD, 2013; OMS, 2003). Chez l'adulte, le tabagisme serait responsable de plus de la moitié des cas de parodontite (OMS, 2003).

De la même manière que pour l'indice CAO, notre étude s'est intéressée à l'indice DPSI en fonction du statut tabagique des jeunes du groupe d'âge 16 ans. Encore une fois, aucune conclusion significative n'a pu être tirée. En effet, peu importe si le jeune est fumeur ou non, environ 10 % présentent une gencive non saine (DPSI > 0). Ici aussi, la durée d'exposition tabagique relativement courte n'est peut-être pas suffisante pour constater d'atteinte gingivale.

¹ Saignement lorsque le dentiste examine les gencives avec sa sonde.

² Atteinte de l'os alvéolaire qui soutient la dent (FSD, 2013).

³ Inflammation de la gencive (FSD, 2013).

RÉSULTATS

03 - HYGIÈNE ORALE

A la question « selon toi, qu'y a-t-il dans le dentifrice qui est important pour mes dents », les jeunes avaient le choix entre les réponses suivantes : de la plaque dentaire, du fluor, du savon, je ne sais pas,... 49,2 % des jeunes ont répondu correctement qu'il s'agissait du fluor.

La littérature (Bourgeois et al., 2005) met en évidence le rôle prépondérant de la mère dans l'acquisition de bonnes habitudes de brossage et donc l'importance que celles-ci soient bien informées sur les conditions d'une bonne santé bucco-dentaire.

Il est dès lors intéressant de réaliser un focus sur la connaissance chez les filles du dentifrice fluoré (considéré comme un des indicateurs essentiels en santé bucco-dentaire) en fonction de l'âge.

Dans le groupe d'âge 11 ans, 1 élève sur 4 (26,2 %) sait que le fluor est l'élément important du dentifrice. Ce pourcentage augmente fortement dans le groupe d'âge 13 ans pour atteindre 58,9 % et 66,9 % dans le groupe d'âge 16 ans.

Toutefois, l'évolution de notre société voit l'implication du père dans l'éducation des enfants prendre une place de plus en plus importante.

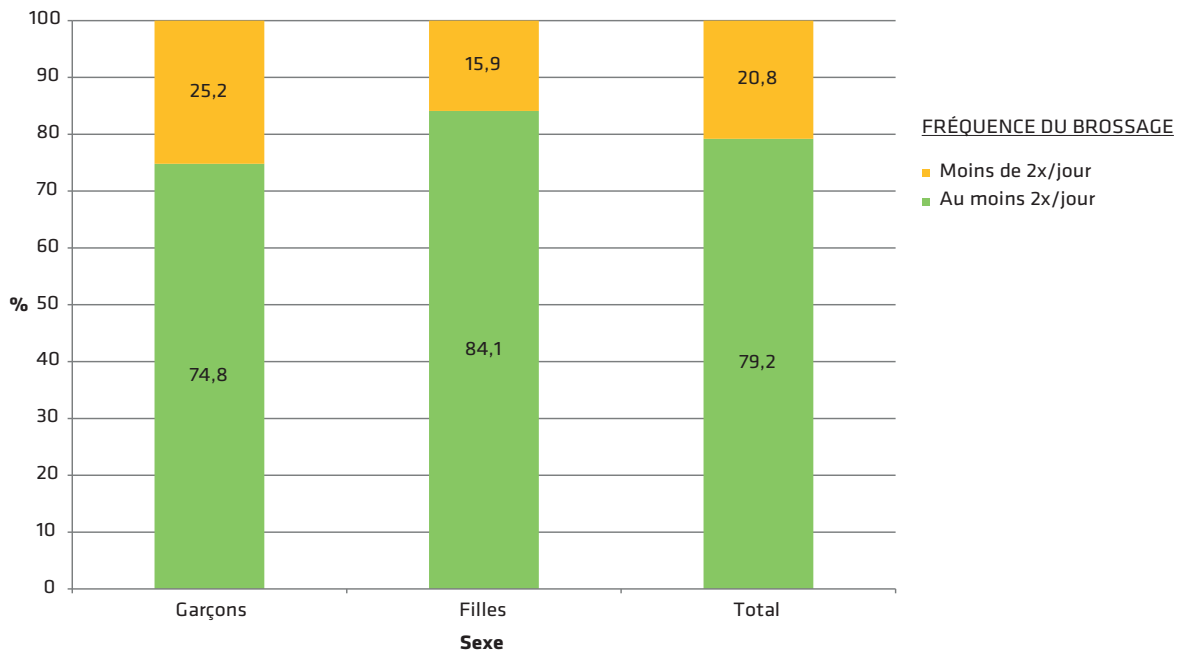
1 jeune sur 2 (les filles plus que les garçons) déclare, qu'à la maison, il y a du fil dentaire ou des brossettes interdentaires. Les filles déclarent également plus fréquemment en avoir déjà utilisé.

62,6 % des jeunes de 2^{ème} et 4^{ème} secondaires savent que le tissu de soutien des dents peut être endommagé par l'effet du tabagisme.

Une question portait sur le nombre de fois qu'il convenait de se rincer la bouche après brossage. Seuls 14,5 % des jeunes de 6^{ème} primaire répondent qu'il faut se rincer une seule fois la bouche après le brossage des dents, ce qui serait suffisant. 53,8 % d'entre eux répondent « deux fois », 24,8 % répondent « plusieurs fois à fond » et 6,9 % ne savent pas combien de fois il faut se rincer la bouche après le brossage des dents.

Brossage des dents

Figure 08 - Fréquence du brossage des dents selon le sexe (n=1604)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

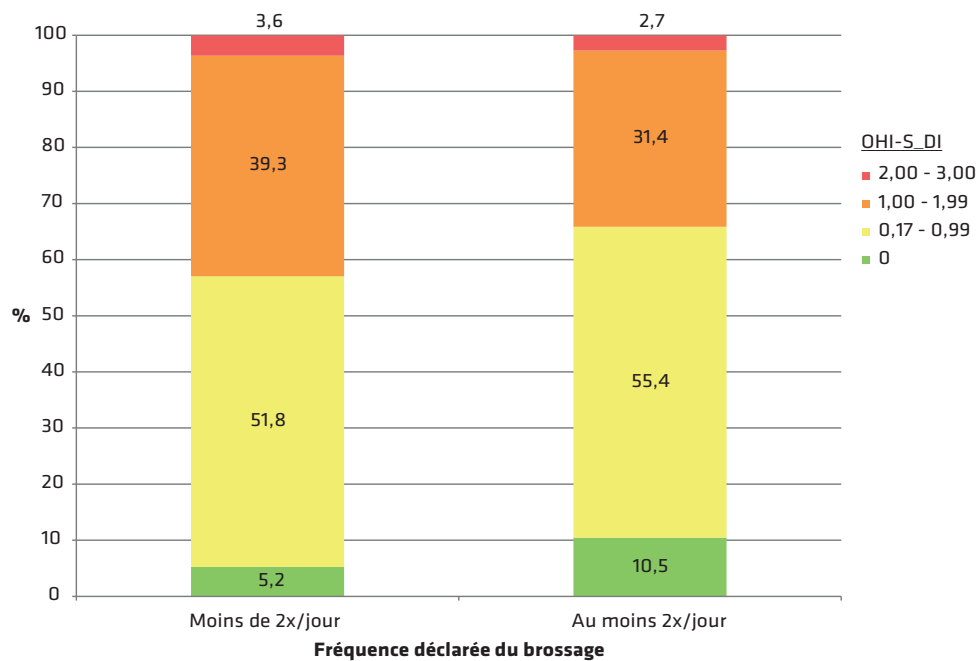
Se brosser les dents deux fois par jour pendant 3 minutes avec un dentifrice fluoré est reconnu par consensus international comme le premier geste pour s'assurer d'une bonne santé bucco-dentaire (Bourgeois et al., 2005).

En province de Luxembourg, 79,2 % des jeunes déclarent se brosser les dents au moins deux fois par jour. Les filles sont plus nombreuses à le déclarer. Ce constat est d'ailleurs confirmé par l'étude de Stevens et al. (1997) réalisée auprès de jeunes de 10 à 18 ans en Flandre.

Evaluation de l'hygiène buccale

Développé par Greene et Vermillion et, dérivé de l'OHI (Oral Health Database, 2013), l'OHI-S_DI est un troisième paramètre étudié pendant l'examen de bouche. Il permet d'évaluer l'hygiène buccale. Il reçoit une valeur de 0 à 3. Un indice OHI-S_DI de 0 correspond à une hygiène buccale parfaite. Plus sa valeur se rapproche de 3 et plus l'hygiène buccale est mauvaise.

Figure 09 - Indice OHI-S_DI selon la fréquence déclarée du brossage des dents (n=1481)



Source : OSJ_Enquête Jeunes 2010-2012

Une meilleure hygiène buccale (faibles valeurs de l'indice OHI-S_DI) est observée chez les jeunes se brossant plus fréquemment les dents. De même, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir un état de brossage évalué de manière satisfaisante par le dentiste lorsqu'ils se brossent les dents au moins deux fois par jour. Ces résultats sont confirmés par l'étude de Brodeur et al. (1998).

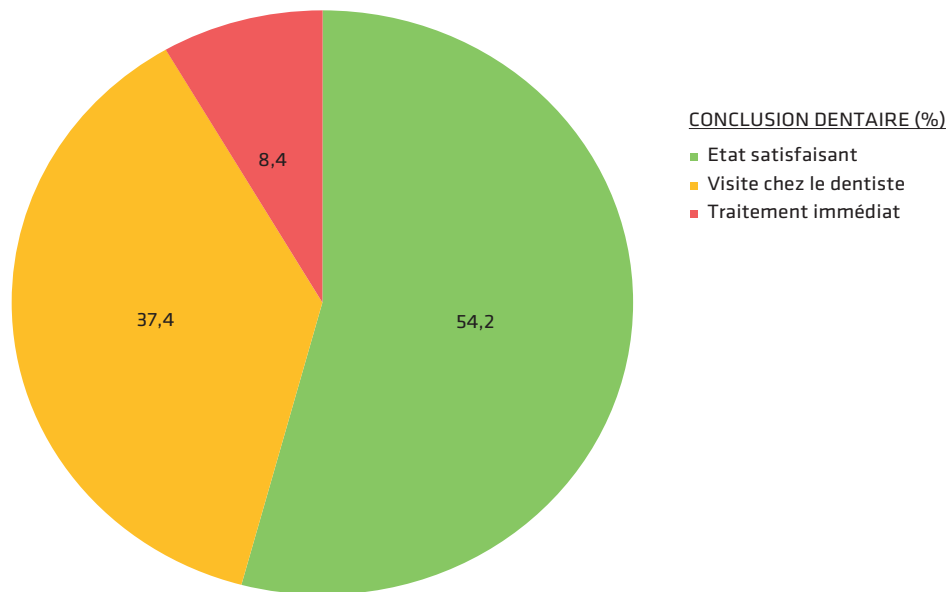
Néanmoins, seuls 10,5 % des jeunes déclarant se brosser les dents au moins deux fois par jour présentent une hygiène buccale parfaite. Cela montre l'importance d'insister non seulement sur la fréquence mais également sur la qualité du brossage lors des actions de promotion et d'éducation à la santé bucco-dentaire.

RÉSULTATS

04 - CONCLUSION DE L'EXAMEN DENTAIRE

Résultats de l'examen dentaire

Figure 10 - Conclusion du dentiste sur l'état des dents et des gencives (n=1544)



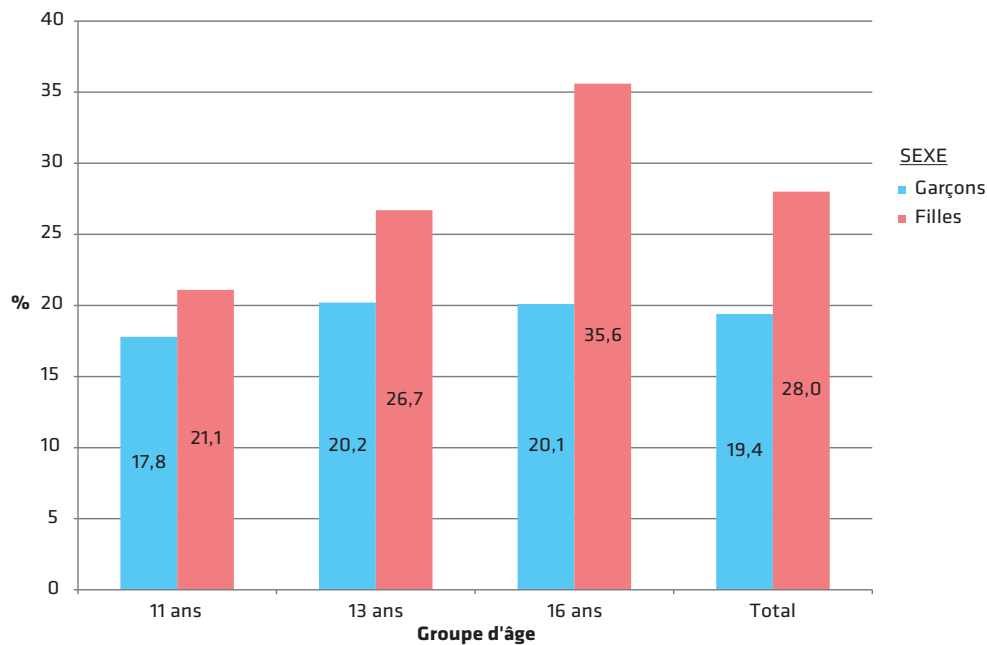
Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Pour 54,2 % des jeunes, le dentiste examinateur a estimé que l'état des dents et des gencives était satisfaisant. Il a estimé qu'une visite chez le dentiste était conseillée pour 37,4 % des jeunes et qu'il était nécessaire de recourir à un traitement immédiat dans 8,4 % des cas.

Les arguments pour conseiller cette visite chez le dentiste peuvent être assez divers : présence de carie, d'inflammation ou de tartre important; problème aigu ou chronique; problème relevant de l'orthodontie; absence manifeste de suivi,...

Evaluation du brossage

Figure 11 - Etat du brossage des dents considéré comme satisfaisant par le dentiste selon le sexe et le groupe d'âge (n=1544)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Les résultats de notre enquête montrent un état de brossage évalué comme satisfaisant par le dentiste plus fréquent chez les filles (quel que soit l'âge). Les études de Van Nieuwenhuysen et al. (2002) et Levin et al. (2010) arrivent à ces mêmes conclusions.

L'utilisation accrue chez les enfants de dentifrice au fluor a été clairement associée à la diminution de la prévalence et de la sévérité des caries. Même si les pathologies bucco-dentaires les plus courantes sont évitables, une large proportion de la communauté n'est toujours pas correctement informée ou ne fait pas encore l'objet des actions nécessaires de promotion de la santé bucco-dentaire.

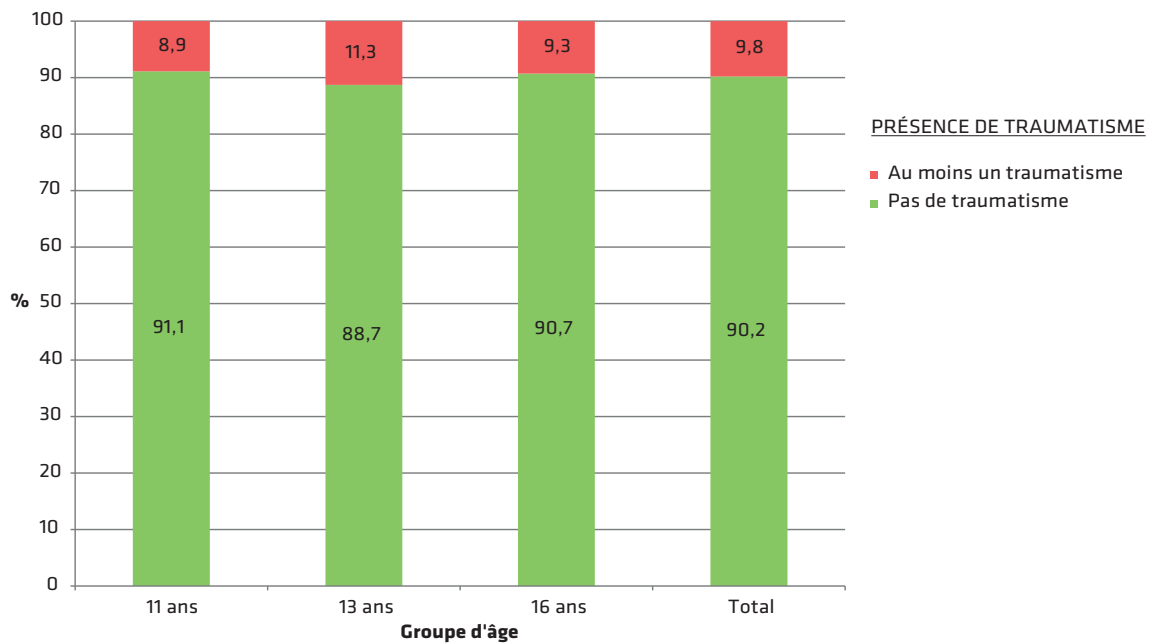
Par ailleurs, les enfants sont particulièrement susceptibles d'être fortement influencés par les comportements de leurs parents. Sensibiliser les mères aux comportements appropriés pour promouvoir une bonne santé bucco-dentaire peut les rendre considérablement plus sûres d'elles-mêmes dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de leurs enfants (Bourgeois et al., 2005).

RÉSULTATS

05 - TRAUMATISMES

Des études récentes menées dans des pays industrialisés ont révélé que la prévalence des traumatismes dentaires était en augmentation. Une proportion non négligeable des traumatismes dentaires est liée aux activités sportives, aux activités dans les écoles ou sur les terrains de jeux, aux accidents de la circulation ou aux actes de violence (OMS, 2003).

Figure 12 - Présence de traumatisme sur les dents définitives selon le groupe d'âge (n=1547)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

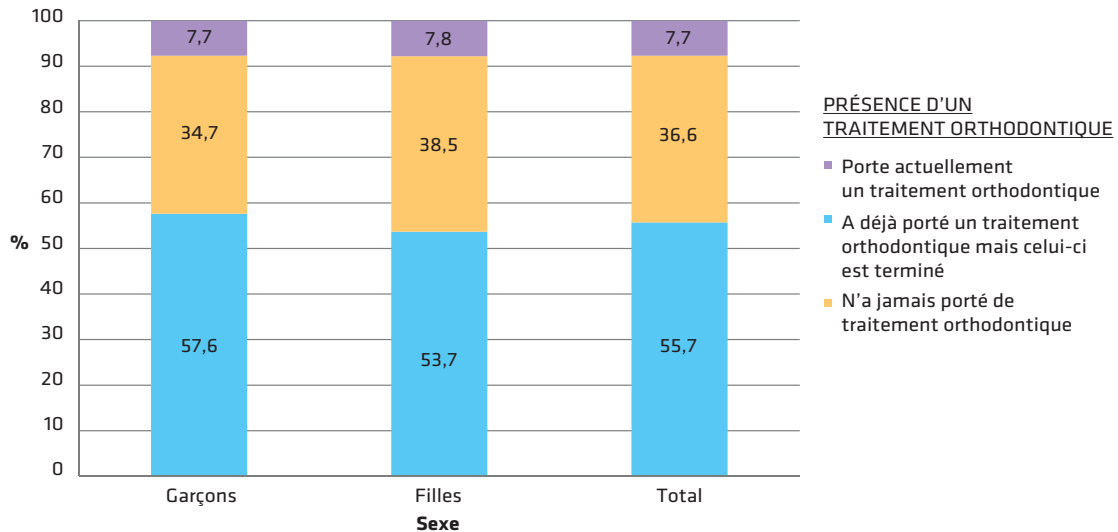
Notre étude montre que globalement 9,8 % des jeunes présentent au moins une dent traumatisée. Il y a plus de garçons mais il n'y a pas d'augmentation avec l'âge, signe que les traumatismes touchent les dents définitives dans leurs premières années de présence en bouche.

RÉSULTATS

06 - ORTHODONTIE

Traitement orthodontique

Figure 13 - Présence d'un traitement orthodontique chez les jeunes du groupe d'âge 16 ans selon le sexe (n=558)



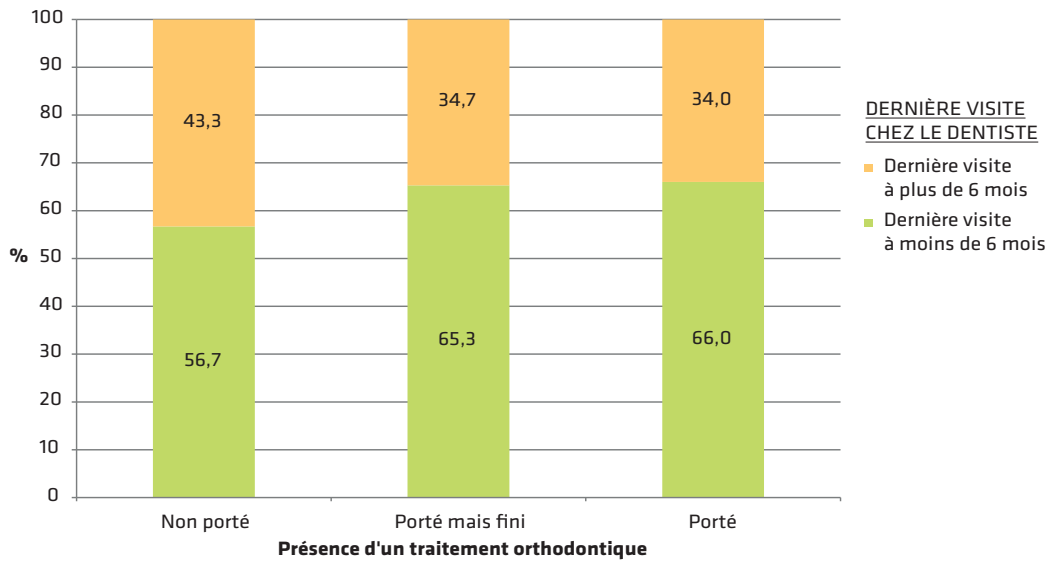
Source : DSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Selon une estimation de Bourgeois et al. (2005), la proportion d'enfants nécessitant des soins orthodontiques se situe entre 30 et 40 %. Toutefois, peu d'études mesurent le poids global de l'orthodontie en termes d'équité et d'accès aux soins pour les enfants et les adolescents européens.

Notre enquête montre que 44,3 % des jeunes ont déjà porté ou portent actuellement un traitement orthodontique. Ce chiffre correspond au pourcentage évoqué dans l'étude de Bourgeois.

Il existe, du fait de problèmes financiers et de difficultés d'accès, des disparités flagrantes dans les prestations de soins orthodontiques en fonction du statut socio-économique. Il est probable que le manque de couverture financière et le faible taux de remboursement des soins orthodontiques fassent une différence dans l'accès aux soins (Bourgeois et al., 2005).

Figure 14 - Laps de temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste selon la présence d'un traitement orthodontique chez les jeunes du groupe d'âge 16 ans (n=462)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Dans le rapport de l'INAMI sur la santé bucco-dentaire (2011), une fréquence de consultation plus régulière est observée chez les jeunes portant un appareil orthodontique. Ce rapport évoque l'hypothèse que cette régularité de consultation serait liée au traitement orthodontique. Notre étude a également montré que, lorsque le jeune est suivi (ou a été suivi) pour un traitement orthodontique, deux jeunes sur trois déclarent avoir consulté le dentiste il y a moins de 6 mois.

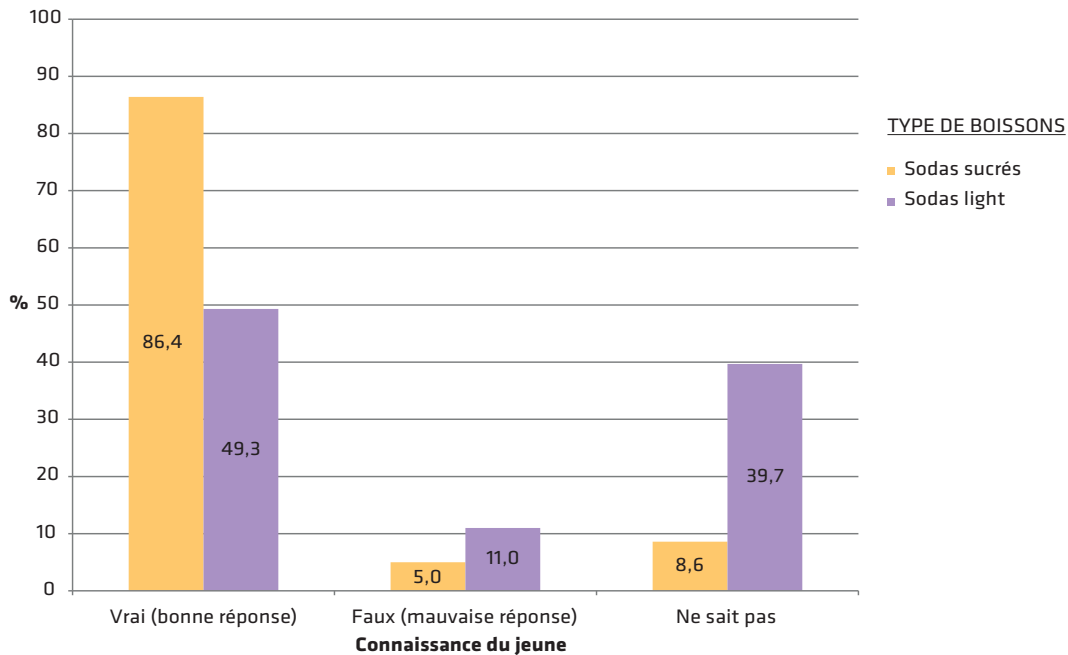
Il est donc pertinent de se demander si les enfants qui sont suivis (ou ont été suivis) pour un traitement orthodontique sont mieux suivis par le dentiste ou si cela peut venir du fait que le jeune associe le praticien orthodontiste au dentiste traitant, alors qu'il s'agit de deux professionnels distincts.

RÉSULTATS

07 - CONSOMMATION DE SNACKS ET SODAS

Effets sur la santé de la consommation régulière de sodas

Figure 15 - Consommation de sodas sucrés et light selon la connaissance du jeune de leurs effets néfastes sur la santé des dents (n=1608)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Les effets sur la santé dentaire d'une consommation croissante de boissons sucrées ou édulcorées constituent de plus en plus une préoccupation de santé publique (Bourgeois et al, 2005; OMS, 2003).

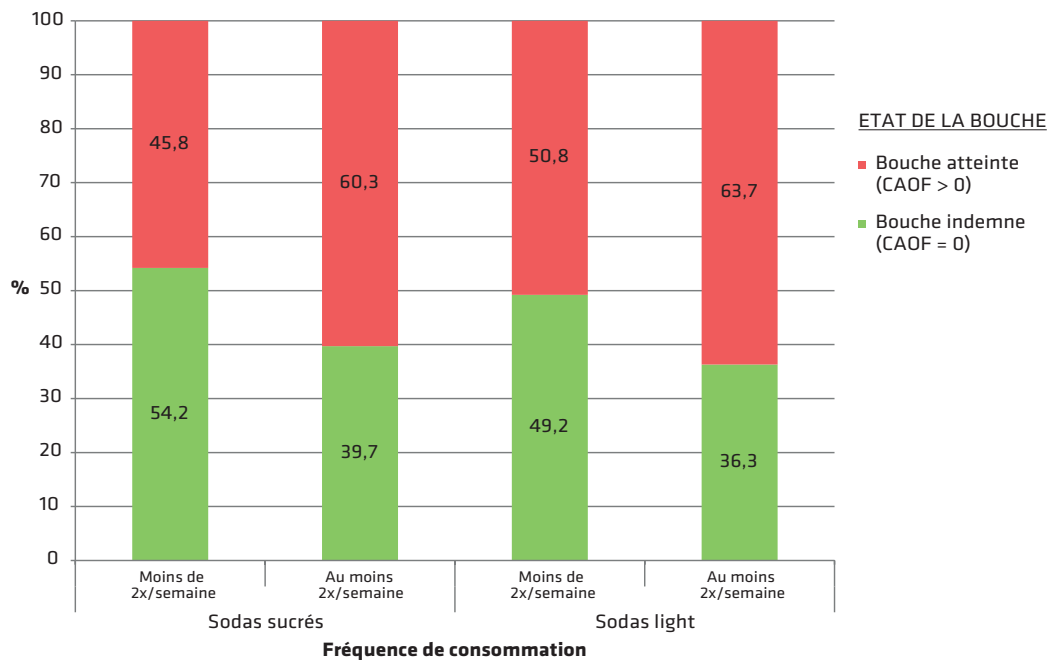
En raison de leur teneur élevée en sucre et/ou leur niveau d'acidité, la consommation de ces boissons favorise la carie dentaire, les anomalies de développement de l'émail, l'érosion dentaire et les maladies parodontales (OMS, 2003).

Notre enquête montre que la majorité des jeunes (86,4 %) a conscience que la consommation de **sodas sucrés** peut avoir un impact sur la santé des dents. Cependant, le fait de savoir ne suffit pas à empêcher une toute grande majorité d'en consommer au moins deux fois par semaine.

En ce qui concerne la consommation de **sodas light**, la moitié (49,3 %) des jeunes est consciente qu'une consommation excessive peut être mauvaise pour la santé des dents. Toutefois, 4 jeunes sur 10 (39,7 %) déclarent n'en avoir aucune idée mais en consomment tout de même au moins deux fois par semaine.

Les habitudes de consommation et l'atteinte carieuse

Figure 16 - Comparaison de l'état de la bouche (indice CAOF) selon la fréquence de consommation de sodas sucrés ou light (n=1482)



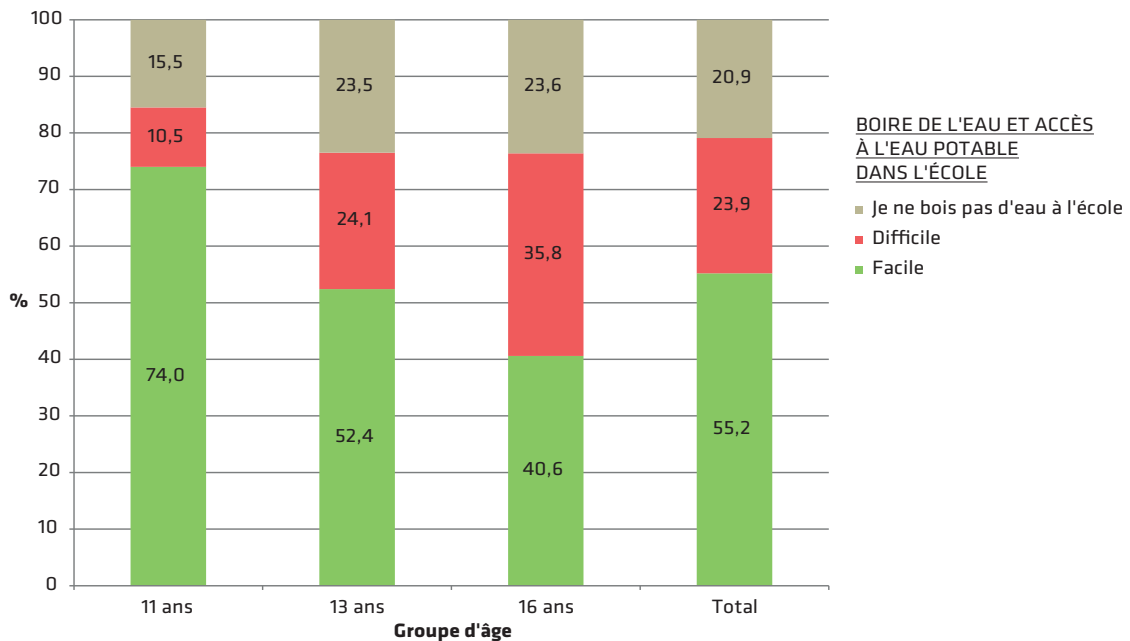
Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Les effets néfastes de la consommation de sodas sucrés et de sodas light sont corroborés par nos résultats.

En effet, l'Enquête Jeunes a montré que lorsque les jeunes déclarent consommer des sodas sucrés ou light au moins deux fois par semaine, il y a plus de jeunes avec une bouche atteinte (indice CAOF > 0). Ce fait est corroboré par l'étude de Calvet et al. (2013).

L'hydratation

Figure 17 - Boire de l'eau et accès à l'eau potable dans l'école selon le groupe d'âge (n=1604)

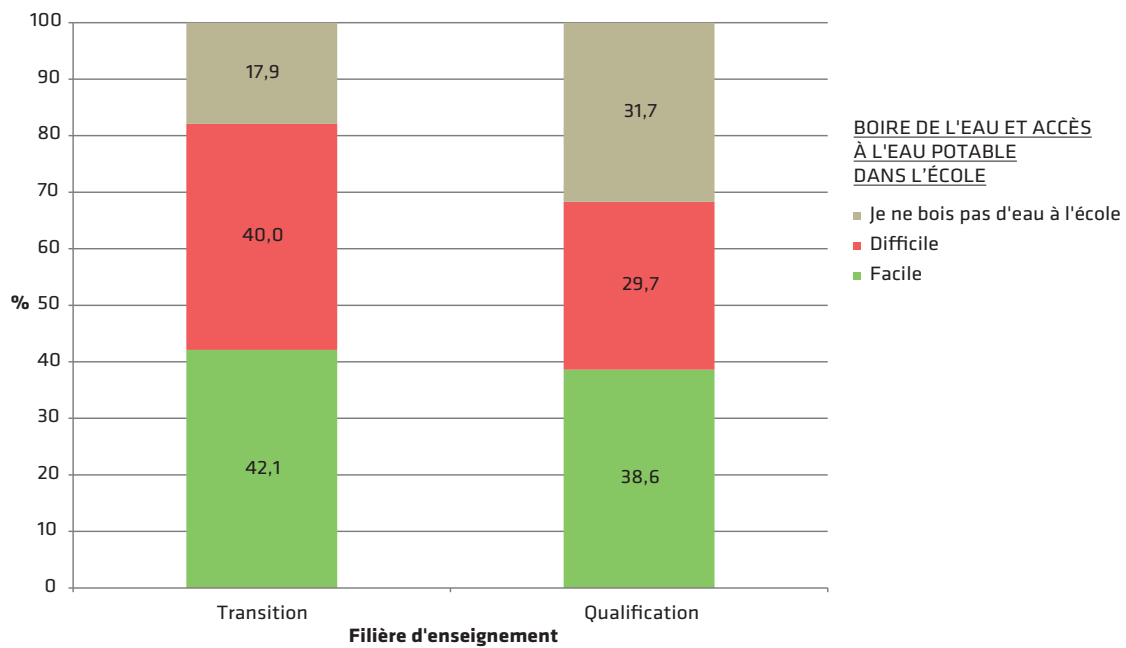


Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Des changements importants dans notre environnement ont remplacé l'eau, élément vital pour l'hydratation, par les boissons sucrées. En conséquence, les jeunes semblent avoir perdu le goût de l'eau. De grandes enquêtes canadiennes révèlent que la consommation quotidienne d'eau serait insuffisante chez les enfants et les adolescents âgés de 3 à 19 ans. Par ailleurs, plus les jeunes avancent en âge, moins ils ont tendance à consommer de l'eau (Québec en forme, s.d.).

Notre étude montre que 15,5 % des jeunes dans le groupe d'âge 11 ans déclarent ne jamais consommer d'eau à l'école et 23,6 % dans le groupe d'âge 16 ans. De plus, 10,5 % des jeunes du groupe d'âge 11 ans déclarent que s'ils souhaitent boire de l'eau à l'école, l'accès y est difficile. Ce pourcentage augmente à 35,8 % dans le groupe d'âge 16 ans.

Figure 18 - Boire de l'eau et accès à l'eau potable dans l'école chez les jeunes du groupe d'âge 16 ans selon la filière d'enseignement (n=593)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Le fait de ne pas consommer d'eau à l'école diffère également en fonction de la filière d'enseignement. En effet, 31,7 % des jeunes de l'enseignement de qualification déclarent ne pas boire d'eau contre 17,9 % dans l'enseignement de transition. De plus, quatre jeunes sur dix (40,0 %) dans l'enseignement de transition et trois jeunes sur dix (29,7 %) dans l'enseignement de qualification déclarent que l'accès à l'eau dans leur école est difficile.

RÉSULTATS

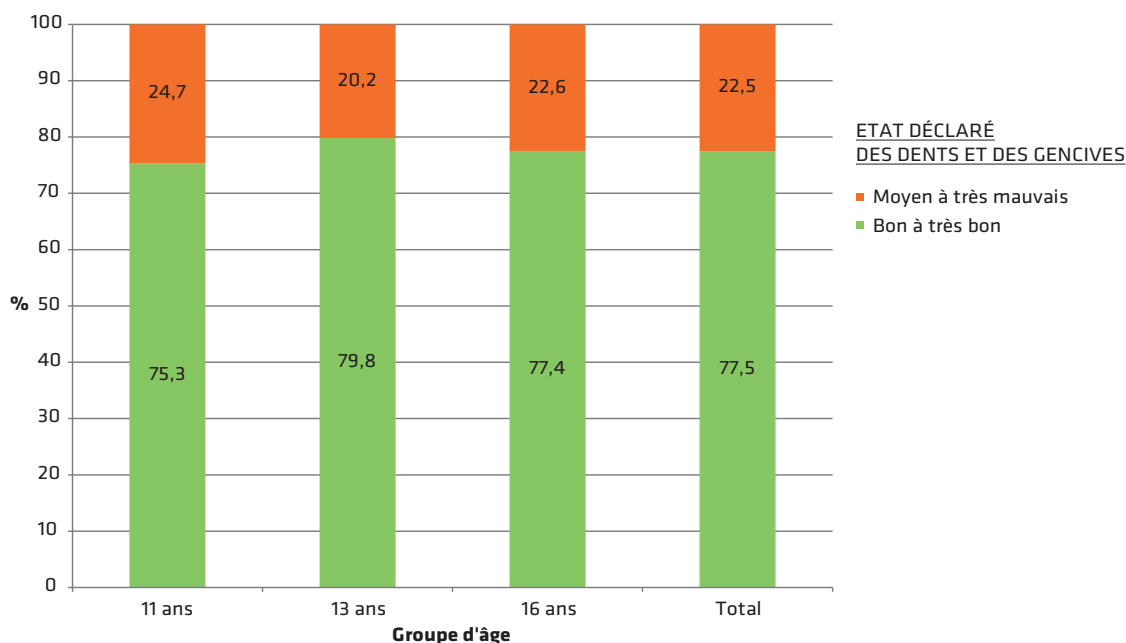
08 - REPRÉSENTATIONS

Si 80 % des jeunes dans le groupe d'âge 11 ans mettent en évidence l'importance d'une bonne haleine pour avoir un beau sourire, ils sont 92 % à le déclarer dans le groupe d'âge 16 ans.

Les filles sont proportionnellement plus nombreuses à estimer qu'il est important d'avoir des dents blanches pour avoir un beau sourire. Toutefois, ce pourcentage tend à diminuer avec l'âge.

La santé bucco-dentaire selon le jeune

Figure 19 - Etat déclaré des dents et des gencives du jeune selon le groupe d'âge (n=1482)

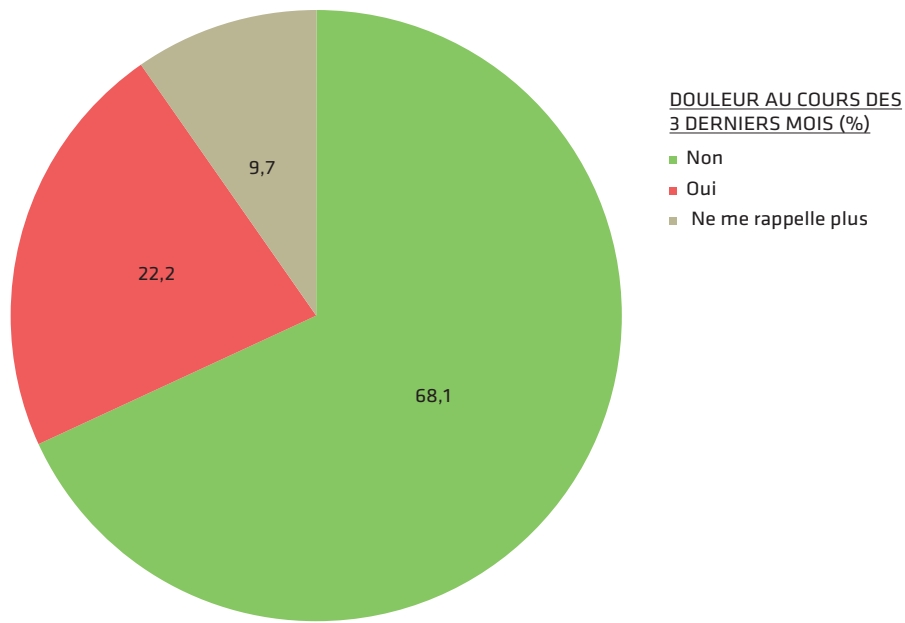


Source : DSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Il était demandé aux jeunes de qualifier l'état de santé de leurs dents et de leurs gencives. Globalement, 77,5 % des jeunes interrogés déclarent que leurs dents et leurs gencives se trouvent dans un bon ou très bon état. Cette proportion ne varie pas en fonction de l'âge.

Notre enquête a voulu également comparer l'état de santé des dents et des gencives perçu par le jeune lui-même avec les indices OHI-S_DI, CAOF et DPSI mesurés lors de l'examen dentaire. Pour chacun de ces indices, plus celui-ci était élevé, plus le nombre de jeunes déclarant avoir des dents et gencives dans un bon ou très bon état était faible. Il y a donc bien une concordance entre la perception du jeune et les résultats de l'examen dentaire.

Figure 20 - Proportion de jeunes qui ont eu mal aux dents ou aux gencives au cours des 3 derniers mois (n=1606)

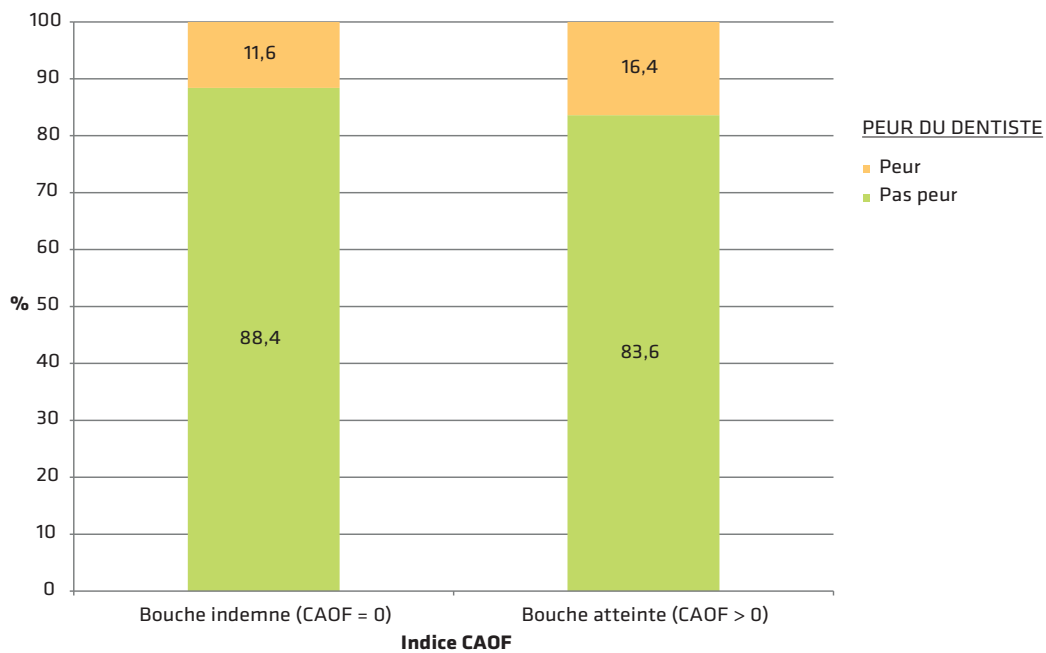


Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Dans notre Enquête, un jeune sur cinq (22,2 %) a déclaré avoir ressenti une douleur aux dents ou aux gencives au cours des trois mois précédent l'enquête.

Le rapport de l'INAMI sur la santé bucco-dentaire (2011) observe un pourcentage similaire dans la tranche d'âge 12-14 ans avec 20,2 %.

Figure 21 - Comparaison entre la peur d'aller chez le dentiste et l'indice CAOF (n=1421)



Source : OSL_Enquête Jeunes 2010-2012

Notre étude a analysé si le fait d'avoir peur du dentiste était associé à l'indice CAOF. Globalement, 13,3 % des jeunes ont peur du dentiste. Les filles sont plus nombreuses à le déclarer. Les jeunes qui déclarent avoir peur du dentiste ont plus fréquemment une bouche atteinte (CAOF > 0).

Notre étude montre que la peur est davantage présente chez les enfants ayant fait l'expérience de carie, et donc l'expérience de soins. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Van Steenberghe (2003) qui montre que 20 % des enfants craignent le dentiste, ce qui s'explique par le fait qu'ils ne consultent qu'en cas d'urgence ou pour des traitements d'une certaine gravité. Il s'ensuit un cercle vicieux : ils consultent tardivement, postposent les soins, ce qui ne fait qu'aggraver l'état bucco-dentaire du jeune.

CONCLUSION

En réalisant cette première Enquête Jeunes, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg a voulu donner une image représentative de la santé bucco-dentaire chez les jeunes scolarisés en province de Luxembourg.

Il s'agissait d'une priorité. En effet, la promotion de la santé bucco-dentaire fait partie des dix thématiques prioritaires du programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 établi par le Ministère de la Communauté française (Ministère de la Communauté française, s.d.).

La rareté des études épidémiologiques dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles et la possibilité de croiser les données des examens dentaires avec des informations sur les comportements de santé en font une étude inédite en province de Luxembourg.

Tous les principaux indicateurs en santé bucco-dentaire ont été analysés, en suivant les recommandations les plus récentes en termes d'indices, afin d'obtenir des résultats au plus proche de la réalité.

L'examen de bouche réalisé dans les écoles par les dentistes formés et expérimentés de la Fondation pour la Santé Dentaire a été généralement très bien perçu par les élèves.

Cette étude confirme ce qui a été évoqué dans la littérature. **La santé bucco-dentaire doit rester plus que jamais une priorité majeure en termes de santé publique.**

En effet, même si certains résultats (proportion de jeunes indemnes de carie, proportion de jeunes ayant déjà consulté un dentiste,...) qui émanent de cette enquête sont encourageants, certains déterminants sont toutefois associés à un risque élevé de problèmes bucco-dentaires.

A de nombreuses reprises, cette étude a mis en évidence des inégalités sociales en fonction du statut socio-économique avec un risque plus important dans les classes les moins favorisées d'avoir une atteinte carieuse, de ne pas se rendre chez le dentiste, de ne pas bénéficier d'un traitement préventif (scellement), ni d'un traitement orthodontique, d'avoir des dents et gencives dans un moins bon état, d'avoir une moins bonne hygiène buccale, d'avoir un comportement alimentaire inadapté.

Cette enquête peut donc servir de base pour mieux informer les professionnels de santé, les décideurs politiques et les instances officielles en charge de la santé. En effet, ceux-ci ont un rôle prépondérant à jouer dans la mise en place et/ou l'amélioration des programmes et des interventions en promotion de la santé bucco-dentaire chez les jeunes, et particulièrement dans la réduction des inégalités de santé.

L'idéal serait toutefois de pouvoir réitérer ce type d'enquête afin de mettre en évidence des tendances et des évolutions dans les comportements et l'état de santé des jeunes en matière de santé bucco-dentaire.

Une des perspectives de l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg est de renforcer la collaboration avec les Centres de santé PSE sur la thématique de la santé bucco-dentaire par la mise en place d'interventions d'éducation pour la santé et de Promotion de la Santé.

Au vu de cette enquête, il semble notamment nécessaire de travailler sur l'acquisition de compétences individuelles en matière de savoir (importance du fluor, utilité du fil dentaire et des brossettes interdentaires, fréquence du brossage, nombre de rinçages, effets délétères des boissons sucrées et des boissons édulcorées, utilité des consultations préventives, connaissance de la gratuité des soins jusqu'au 18ème anniversaire,...) et de savoir-faire (qualité et fréquence du brossage des dents).

Il semble également important de travailler à l'amélioration de l'environnement scolaire, notamment en termes d'offre alimentaire (faciliter l'accès à l'eau et à des collations saines,...).

Enfin, il ne faudra pas négliger les représentations et les aspects culturels liés à la santé bucco-dentaire et à la consultation chez le dentiste (peur, crainte, habitudes familiales,...).

Les bonnes pratiques de santé dentaire s'installent dans l'enfance. Les services de promotion de la santé à l'école sont un maillon important de la promotion de la santé des jeunes. Une seconde perspective sera de discuter avec eux des moyens de suivi possibles à mettre en oeuvre pour s'assurer que les enfants soient effectivement pris en charge pour un suivi professionnel, ainsi que pour les soins éventuellement nécessaires.

Une autre perspective pourrait être l'introduction de certaines questions de santé bucco-dentaire dans le questionnaire de santé rempli par les parents avant le passage de l'enfant à la visite médicale. Cela permettrait d'avoir une composante à part entière du suivi bucco-dentaire de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. Volume 2. Quintessence Book, 2000. p. 263
- Badet C., Richard B. Etude Clinique de la carie (Dental Caries). EMC-Dentisterie. 2004 : 40-48
- Baillon-Javon E., Cohen F., Heiwy C. Principes généraux de prévention en santé buccodentaire. La Santé de l'Homme. INPES. Janvier-février 2012, n°417 : p.9-12
- Boissonnat-Pelsy H., Tiebot I. Estime de soi et santé bucco-dentaire. La Santé de l'Homme. INPES. Janvier-février 2012, n°417 : p.29-31
- Bourgeois D., Llodra Carlos J., Norblad A., Pitts N. A selection of essential oral health indicators. Health surveillance in Europe. Catalogue 2005
- Brodeur JM., Benigeri M., Oliver M., Williamson S., Payette M. Etude 1996-97 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de sixième année - Résultats détaillés de la région Montréal-Centre et comparaisons avec l'ensemble du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Québec, Direction générale de la Santé publique; 1998
- Calvet L., Moisy M. Etudes et résultats. La santé bucco-dentaire des enfants : Des inégalités dès le plus jeune âge. (en ligne). 2013. (consulté le 12/08/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>
- Carvalho JC., Van Nieuwenhuysen JP., D'Hoore W. Hygiène buccale et conditions gingivales des enfants de 12 ans dans la région de Bruxelles. Revue belge de médecine dentaire. 2001, 56 (4) : 1-17
- Ciucchi B. Cartographie de la carie dentaire chez les enfants à Genève, indicateurs d'inégalités sociales?. Clinique dentaire de la jeunesse. (en ligne). 2012. (consulté le 26/04/2013). Disponible à partir de : URL : http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Cartographie_de_la_carie_dentaire_forum_ISS__22_mai_2012.pdf?ComponentId=kmelia1153&SourceFile=1339150501237.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/
- De Clerck D., Vanobbergen J., Martens L., Lesaffre E., Bottenberg P., Hoppenbrouwers K. Niveau de la santé bucco-dentaire des enfants flamands (Belgique) 1996-2001. Signal. 2002; 1-51
- Falez F., Lange B. Une urgence de santé publique : La santé bucco-dentaire des enfants. Union nationale des mutualités socialistes. Février 2005
- Fondation pour la Santé Dentaire. L'eau comme boisson à l'école. (en ligne). 2008. (consulté le 04/07/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.sourirepourtous.be/media/d_brochure_eau_58437.pdf
- Fondation pour la Santé Dentaire. La dent de 6 ans. Dent de tous les dangers. (en ligne). 2013. (consulté le 02/07/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.sourirepourtous.be/media/d_sealantpar3_47927.pdf
- Fondation pour la Santé Dentaire. Le tabac, ce n'est pas qu'une question d'haleine. (en ligne). 2013. (consulté le 05/07/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.sourirepourtous.be/media/d_feuillettabacpar3_46638.pdf

Haute Autorité de Santé. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. (en ligne). 2005. (consulté le 30/05/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf

INAMI. Rapport final du projet : système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2008-2010. (en ligne). 2011. (consulté le 16/05/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study53/pdf/rapport.pdf>

INAMI. Soins dentaires pour les jeunes de moins de 18 ans. (en ligne). 2013. (consulté le 19/07/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medicalcost/specific/children-dentist/index.htm>

Institut Santé Publique. Belgian Health Interview Survey – Interactive analysis. (en ligne). 2013. (consulté le 30/08/2013). Disponible à partir de : URL : <https://www.wivisp.be/epidemio/hisia/index.htm>

Lardinois J., Guéders A., Geerts S. Le point sur les données actuellement disponibles en épidémiologie de la carie chez les enfants belges. *Revue Med Liège*. 2009, 64 (11): 587-591

Levin K., Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganization. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2010, 38 (1): 10-18

Major and chronic disease Report 2007. Task Force on Major and chronic diseases of DG Sanco's Health Information Strand. 2008

Ministère de la Communauté française. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008. (en ligne). Sine dato. (consulté le 21/05/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PQ2004.pdf

Oral Health Database. Simplified Oral Hygiene Index/ OHI-S. (en ligne). 2013. (consulté le 20/08/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Simplified-Oral-Hygiene-Index--OHI-S/>

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003. (en ligne). 2003. (consulté le 26/04/2013). Disponible à partir de : URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire. (en ligne). 2012. (consulté le 26/04/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

Québec en forme. Pour que les jeunes boivent d'avantage d'eau, de lait et de substituts de lait, et réduisent leur consommation de boissons sucrées et énergisantes. (en ligne). Sine dato. (consulté le 04/07/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.quebecenforme.org/media/114846/liquides.pdf>

Santé Canada. Effets de la santé bucco-dentaire sur l'état de la santé général. (en ligne). 2009. (consulté le 26/04/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hlvs/iyh-vsv/life-vie/dent-fra.php>

Société belge de parodontologie. Le Test DPSI: Indice de Santé gingivale et parodontale. (en ligne). 2013. (consulté le 20/08/2013). Disponible à partir de : URL : <http://www.parodontologie.be/data/DPSI%20par%20SBP%20fr.pdf>

- Tellier V. Santé bucco-dentaire des jeunes Hennuyers. Mémoire de Licence. Sciences de la Santé Publique. Liège. Université de Liège. 2006, 68p
- Van Nieuwenhuysen JP., Carvalho JC. On dental health in belgian population approaching the 21st century. Public health. 2000, 57 : 23-36
- Van Nieuwenhuysen JP., Carvalho JC., D'Hoore W. Le point sur la carie dentaire en Belgique et dans les pays voisins. Revue belge de médecine dentaire. 2002, 57 (3) : 186-205
- Van Nieuwenhuysen JP., Carvalho JC., D'Hoore W. Caries reduction in Belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. School of dentistry and school of public health. 2002, 60 : 123-128
- Van Steenberghe D., Perl G. Recommandations pour la santé buccale en Belgique. Mars 2003
- Vanobbergen J., Martens L., Declerck D. Caries prevalence in Belgian children: a review. International Journal of paediatric Dentistry. 2001, 11: 164-170
- Vanobbergen J., De Visschere L., Daems M., Ceuppens A., Van Emelen J. Sociodemographic determinants for oral health risk profiles. International Journal of Dentistry. 2010, Article ID 938936, 4 pages
- Warnakulasuriya S., Dietrich T., Bornstein MM., Casals Peidro E., Preshaw PM., Walter C., Wennström JL., Bergström J. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. International Dental Journal. 2010, Vol 60 (6-29)
- World Federation of Public Health Associations. Oral Health for Children. (en ligne). 2013. (consulté le 03/06/2013). Disponible à partir de : URL : http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/OralHealthForChildren.pdf



LE RAPPORT COMPLET PEUT ÊTRE TÉLÉCHARGÉ SUR
www.province.luxembourg.be (Santé bucco-dentaire)

RÉDACTION

Charles-Henri Boeur

ANALYSE DES DONNÉES

Charles-Henri Boeur – Frédéric De Ceulaer

SERVICE PROVINCIAL SOCIAL ET SANTÉ
PRÉVENTION-SANTÉ
OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ
Rue de la Station, 49 – B-6900 MARLOIE
Tél. : 084 31 05 05 – Fax : 084 31 18 38
obs.sante@province.luxembourg.be

En collaboration avec l'Observatoire de la Santé de la Province du Hainaut et la Fondation pour la Santé Dentaire.



Province de
Luxembourg

www.province.luxembourg.be

