

*La santé pour mieux vivre*



Observatoire  
de la  
**Santé**

# Regard sur la santé des jeunes

## La santé bucco-dentaire des jeunes en Hainaut

Santé en Hainaut- Numéro 11 - 2015



# Préface

Depuis 1997, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) étudie la santé des jeunes Hainuyers en partenariat avec les Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV) (services de promotion santé à l'école (PSE) et centres psycho-médico-sociaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles (PMS-FWB)). Ces enquêtes portent sur des indicateurs de base comme le poids, la taille, la consommation de tabac ou la sédentarité, mais aussi sur des thèmes plus précis en fonction des problématiques proposées par nos partenaires.

En 2005-2006, la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD) sollicite l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) pour réaliser une étude sur la santé bucco-dentaire des jeunes Hainuyers. C'est avec enthousiasme que l'OSH et les CSSV s'étaient engagés dans la récolte de données sur un thème alors mal documenté dans notre province. Cette étude répondait à l'inquiétude des professionnels sur l'état de la santé bucco-dentaire des jeunes.

En 2010-2012, il était utile de faire à nouveau le point sur ce sujet pour voir quelle était l'évolution de la situation. Outre les actions de sensibilisation menées par la FSD et les services PSE, le remboursement des soins dentaires avait fortement évolué durant cette période avec un remboursement total pour les moins de 12 ans à partir de 2005, les moins de 15 ans à partir de 2008 et les moins de 18 ans à partir de 2009.

Pour l'enquête 2010-2012, la collaboration a été étendue à l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL). Cela a permis de disposer de données directement comparables entre les deux provinces puisqu'elles ont été collectées selon la même méthodologie.

Les examens bucco-dentaires réalisés par les dentistes de la FSD ont été financés par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) dans le cadre des campagnes "Sourire pour tous" et "Souriez.be" dont l'objectif était de mesurer l'impact des campagnes de sensibilisation aux visites préventives des jeunes chez le dentiste.

Ce document reprend les principaux résultats de la dernière enquête en abordant les représentations de la santé bucco-dentaire, le bilan carieux, les soins dentaires, l'hygiène orale et les connaissances sur les effets néfastes de la consommation de snacks et de sodas sur la santé des dents. Nous souhaitons qu'il puisse orienter les professionnels dans leurs actions de promotion de la santé bucco-dentaire auprès des jeunes. Il sera complété par la diffusion en automne 2016 d'un support pédagogique proposant des outils d'intervention.

Bonne lecture,

Michel Demarteau,  
Directeur en Chef de l'Observatoire de la Santé du Hainaut

Michel Devriese  
Président de la Société de Médecine Dentaire asbl

# Colophon

Ce "Regard sur la santé des jeunes" est le résultat du travail de toute une équipe.

## **Coordination de l'édition**

Valérie Wathieu

## **Conception des enquêtes sur la santé bucco-dentaire**

OSH : Christian Massot - Véronique Tellier - Valérie Wathieu

FSD : Michel Devriese

## **Enquêtrices**

Sylvie Brohe - Catherine Grégoire - Martine Hautain - Nicole Thauvoye

## **Examens bucco-dentaires**

FSD : Michel Devriese – Françoise Fiasse – Thierry van Nuijs - Anne Wettendorff  
et les dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire

## **Logistique des examens bucco-dentaires**

FSD : Lara Safiannikoff - Laureline Zwigny

## **Analyse des données - Rédaction**

OSH : Catherine Grégoire - Christian Massot - Annick Vanlierde - Valérie Wathieu

OSL : Charles-Henri Boeur - Frédéric De Ceulaer

FSD : Michel Devriese - Françoise Fiasse

## **Secrétariat**

Maria Milioto

## **Applications informatiques**

Alain Léonard

## **Graphiques**

Emmanuel Tahon

## **Graphisme**

Daniela Majois

## **Relecteurs**

OSH : Geneviève Houioux - Alain Husdens – Geneviève Pensis

FSD : Thierry van Nuijs

## **Remerciements**

A toutes les écoles de la province de Hainaut qui ont participé à l'enquête, leurs pouvoirs organisateurs, les directions, les élèves et leurs parents.

A l'ensemble du personnel des Centres de Santé Scolaire Vigies.

A l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité pour le financement des examens bucco-dentaires.

Un remerciement tout particulier à l'ensemble des collaborateurs de la Fondation pour la Santé Dentaire et à nos collègues de l'Observatoire de la Santé de la Province du Luxembourg.

### *Droit d'auteur et référence de la publication*

*Service public provincial, l'Observatoire de la Santé du Hainaut encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication.*

*L'information extraite portera la référence : "Observatoire de la Santé du Hainaut - Santé en Hainaut n° II - Regard sur la santé des jeunes • La santé bucco-dentaire des jeunes en Hainaut, 2015".*

# Table des Matières

<b>Préface</b> .....	<b>1</b>
<b>Colophon</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Chapitre 1. Représentations de la santé bucco-dentaire</b> .....	<b>7</b>
1.1. Le sourire .....	7
1.1.1. Importance de la qualité du sourire .....	7
1.1.2. Eléments d'un beau sourire .....	7
1.2. Etat subjectif de la santé bucco-dentaire .....	8
1.2.1. Auto-évaluation de l'état des dents et des gencives .....	8
1.2.2. Maux de dents .....	9
1.3. Problèmes dentaires et santé .....	9
1.3.1. Importance de la santé dentaire .....	9
1.3.2. Santé dentaire et santé globale .....	10
<b>Chapitre 2. Etat de santé bucco-dentaire</b> .....	<b>11</b>
2.1. Carie chez les jeunes .....	11
2.2. Evolution de l'atteinte de la bouche .....	11
2.3. Bilan carieux .....	13
2.3.1. Analyse par dent .....	13
2.3.2. Comparaison entre l'état de la bouche mesuré et l'état de la bouche déclaré .....	14
2.3.3. Analyse par face .....	14
2.3.4. Analyse par type de dent .....	16
2.3.5. Bouche indemne de carie en fonction des facteurs socio-économiques .....	17
2.4. Etat des gencives .....	18
2.5. Bilan bucco-dentaire .....	18
2.5.1. Conclusion de l'examen bucco-dentaire .....	18
2.5.2. Bilan bucco-dentaire en fonction des facteurs socio-économiques .....	20
2.6. Traumatismes .....	21
2.7. Piercing .....	21
<b>Chapitre 3. Soins dentaires</b> .....	<b>22</b>
3.1. Visite chez le dentiste .....	22
3.1.1. Comportements par rapport aux consultations .....	22
3.1.2. Suivi des recommandations en matière de consultations .....	24
3.1.3. Raisons pour ne pas consulter .....	26
3.1.4. Visite chez le dentiste en fonction des facteurs socio-économiques .....	27
3.2. Scellements .....	28
3.3. Traitements orthodontiques .....	28
3.3.1. Consultation orthodontique .....	28
3.3.2. Types de malocclusion .....	30
3.3.3. Traitement orthodontique en fonction des facteurs socio-économiques .....	30
<b>Chapitre 4. Hygiène buccale</b> .....	<b>32</b>
4.1. Présence de débris mous .....	32
4.2. Brossage des dents .....	33
4.3. Caractéristiques du brossage des dents .....	35
4.3.1. Moments déclarés du brossage .....	35
4.3.2. Utilisation de fil dentaire ou de brossettes interdentaires .....	35
4.3.3. Dentifrice et rinçage de la bouche .....	36
4.4. Qualité du brossage .....	36
4.5. Etat du brossage selon les facteurs socio-économiques .....	38

<b>Chapitre 5. Consommation de sodas, consommation d'eau et santé bucco-dentaire</b> .....	<b>40</b>
5.1. Connaissance des effets de la consommation de sodas sur la santé bucco-dentaire .....	40
5.2. Consommation quotidienne de sodas sucrés ou light .....	41
5.3. Consommation quotidienne d'eau et accès à l'eau potable à l'école .....	41
5.4. Attitude des parents .....	43
<b>Synthèse &amp; Conclusions</b> .....	<b>45</b>
Recommandations pour une bonne santé bucco-dentaire .....	47
<b>Annexe 1. Méthode d'enquête</b> .....	<b>48</b>
1. Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies .....	48
2. Enquête sur le thème de la santé bucco-dentaire de 2010-2012.....	48
Protocole .....	48
Indices utilisés .....	49
Echantillon .....	49
<b>Annexe 2. Présentation détaillée de l'échantillon</b> .....	<b>50</b>
<b>Annexe 3. Méthodes d'analyse</b> .....	<b>55</b>
<b>Annexe 4. Analyse détaillée de l'état de la bouche par face dentaire</b> .....	<b>56</b>
<b>Annexe 5. Indice DPSI</b> .....	<b>59</b>
<b>Annexe 6. Indice OHI-S DI</b> .....	<b>60</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>61</b>
<b>Table des illustrations graphiques</b> .....	<b>62</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>64</b>
<b>Sitographie</b> .....	<b>66</b>

# Introduction

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de l'état de santé général et est essentielle au bien-être de l'individu (*Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2003*). Il existe une relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général d'un individu. Par exemple, des formes sévères de maladies parodontales sont associées au diabète de type 2 (*Watanabe, 2011*). La corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires, diabète) est principalement due à des facteurs de risque communs comme une alimentation déséquilibrée, une consommation de tabac ou un abus d'alcool (*Humphrey, 2008 ; Bornstein, 2006*).

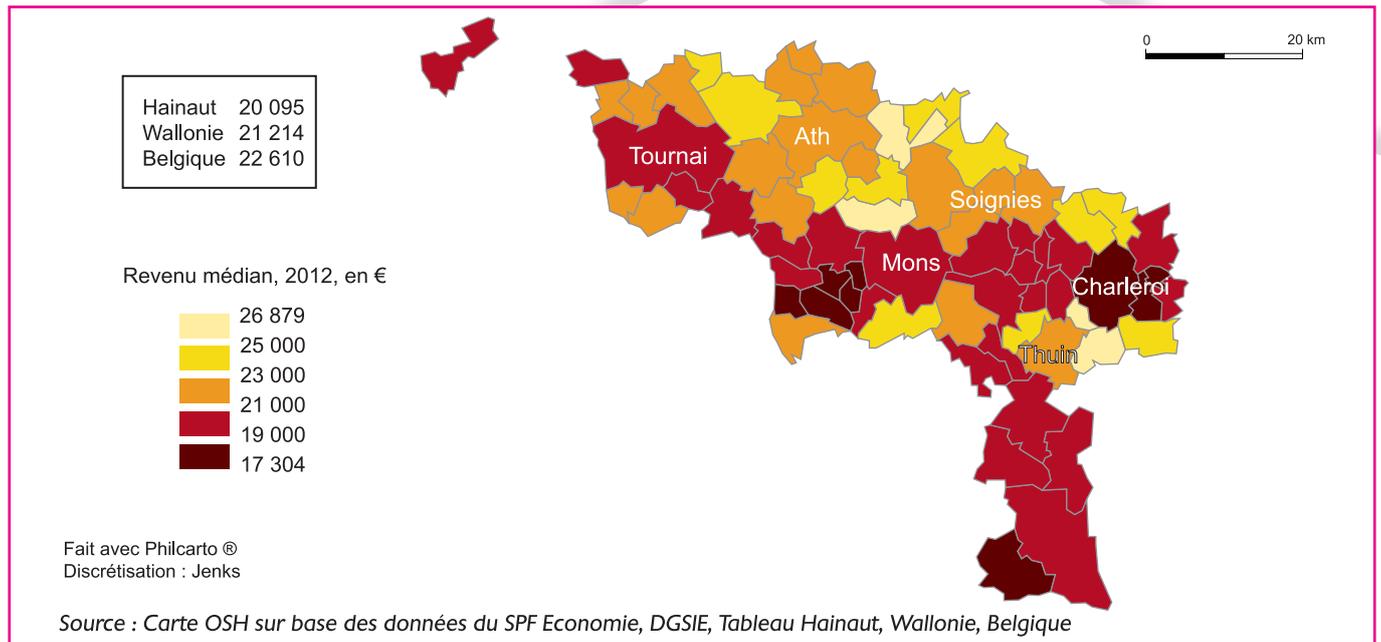
De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales (*Rwagasore, 2011*). De plus, l'impact psychologique et social des maladies bucco-dentaires diminue sensiblement la qualité de vie. En effet, certaines personnes peuvent ressentir de l'embarras en raison de l'apparence de leurs dents, voire diminuer leur participation à des activités sociales à cause de problèmes de bouche (*Direction Générale de la Santé et des Consommateurs (DG Sanco), 2010 ; Sischo, 2011*).

La carie dentaire reste un problème de santé bucco-dentaire majeur dans la plupart des pays industrialisés, puisqu'elle touche 60 à 90 % des élèves et la grande majorité des adultes (*OMS, 2003*). Dans ces pays, la charge financière des soins curatifs dans ce domaine peut représenter entre 5 et 10 % des dépenses en santé publique, ce qui correspond à la quatrième place de ces dépenses (*OMS, 2012*). Malgré des progrès considérables dans ce domaine, des problèmes subsistent dans de nombreux groupes, en particulier pour les personnes les plus défavorisées (*DG Sanco, 2010*).

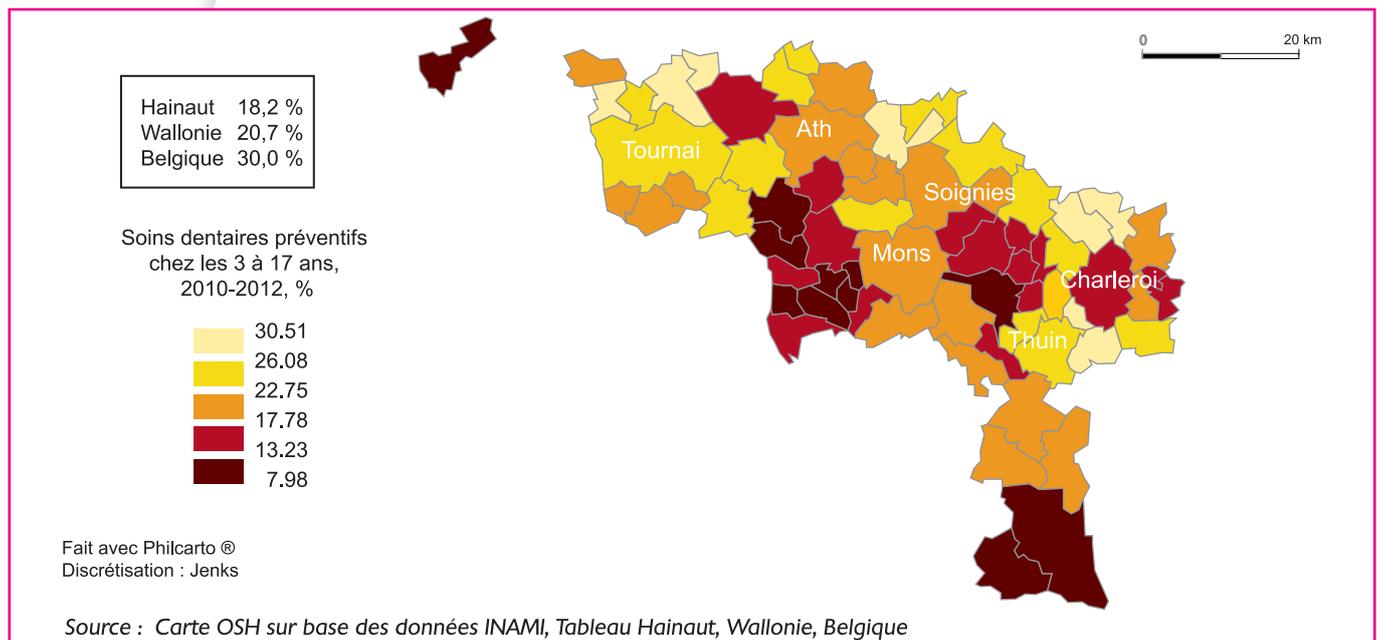
La santé bucco-dentaire est dépendante de facteurs sociaux et environnementaux. De nombreuses études mettent en évidence les effets des inégalités sociales sur la santé bucco-dentaire en termes d'accès aux soins mais également au niveau des comportements et de l'impact des actions de prévention (*Azogui-Lévy, 2005 ; Azogui-Lévy, 2012 ; Cellule Interuniversitaire d'épidémiologie (CIE), 2008-2010 ; CIE, 2012-2014 ; Calvet, 2013*). En Belgique, les soins dentaires (hors orthodontie) sont intégralement remboursés pour les enfants de moins de 12 ans depuis septembre 2005, pour les moins de 15 ans depuis juillet 2008 et pour les moins de 18 ans depuis mai 2009. Toutefois, le remboursement intégral des soins ne garantit pas un recours aux soins dentaires par les groupes les plus démunis.

Comme le montre la comparaison des deux cartes ci-après, il existe une forte corrélation ( $r^2 = 0,53$ ) entre le revenu médian dans les communes du Hainaut et le recours aux soins dentaires préventifs chez les jeunes de 3 à 17 ans.

Carte 1. Revenu médian par déclaration, par commune, Hainaut, 2012



Carte 2. Jeunes de 3 à 17 ans qui ont bénéficié de soins dentaires préventifs au moins 2 années sur une période de 3 ans, par commune, Hainaut, 2010-2012



▼ Dans les communes dont les habitants ont des revenus professionnels faibles, les jeunes sont moins nombreux à recevoir des soins dentaires préventifs.

La peur du dentiste, la méconnaissance des possibilités de remboursement et de gratuité des soins ainsi que les habitudes dans le suivi médical peuvent expliquer les écarts de recours aux soins préventifs entre les différents groupes socio-économiques (Beynet, 2002). Cela souligne également la nécessité de cibler davantage certaines populations dans les campagnes de prévention (Calvet, 2013).

Les inégalités sociales se reflètent également dans l'état de santé bucco-dentaire des jeunes comme le montrent les résultats présentés tout au long de ce document.

# Chapitre 1 Représentations de la santé bucco-dentaire

La méthode d'enquête est décrite à l'Annexe 1. et l'échantillon à l'Annexe 2.

Ce chapitre aborde les questions qui mettent en évidence la façon dont les jeunes perçoivent leur santé bucco-dentaire. Quelles représentations ont les jeunes Hainuyers de la santé bucco-dentaire ? Que pensent-ils de leur sourire ? Comment évaluent-ils l'état de leurs dents et de leurs gencives, se plaignent-ils régulièrement de maux de dents ?

## I.1. Le sourire

La santé bucco-dentaire ne se limite pas à l'absence de douleurs dentaires ou de caries mais porte aussi sur l'aspect esthétique de la bouche et des dents. Dans nos sociétés, l'image présentée aux autres est devenue primordiale pour permettre un épanouissement personnel, l'intégration au groupe, avoir un avenir professionnel (Sischo, 2011). La qualité du sourire fait partie de cette image et participe à l'estime de soi, d'autant plus à l'adolescence (Boissonnat-Pelsy, 2012).

### I.1.1. Importance de la qualité du sourire

En 2012, 70 % des jeunes déclarent que la qualité de leur sourire est importante voire très importante ; les filles (76 %) davantage que les garçons (64 %). La différence se marque principalement chez les adolescents (13 et 16 ans). L'importance de la qualité du sourire augmente avec l'âge chez les filles, passant de 70 % à 11 ans à 85 % à 16 ans. Cette tendance ne se retrouve pas chez les garçons.

### I.1.2. Éléments d'un beau sourire

Tableau 1.1. Éléments importants dans le sourire selon le groupe d'âge

%	Groupe 11 ans	Groupe 13 - 16 ans
Des dents en bonne santé (N = 1 796)	97,9	96,6
Des dents sans carie (N = 1 801)	93,3	90,6
Des dents bien à leur place (N = 1 797)	91,0	91,0
Pas de dent qui manque (N = 1 118)	‡	86,5
Une bonne haleine (N = 1 794)	87,7	93,1
Des dents blanches (N = 1 797)	93,0	91,5
Ne pas montrer ses dents (N = 1 093)	‡	13,6

‡ La question n'a pas été posée au groupe des 11 ans.

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



En 2012, 97 % des jeunes déclarent qu'il est important d'avoir des dents en bonne santé pour avoir un beau sourire.

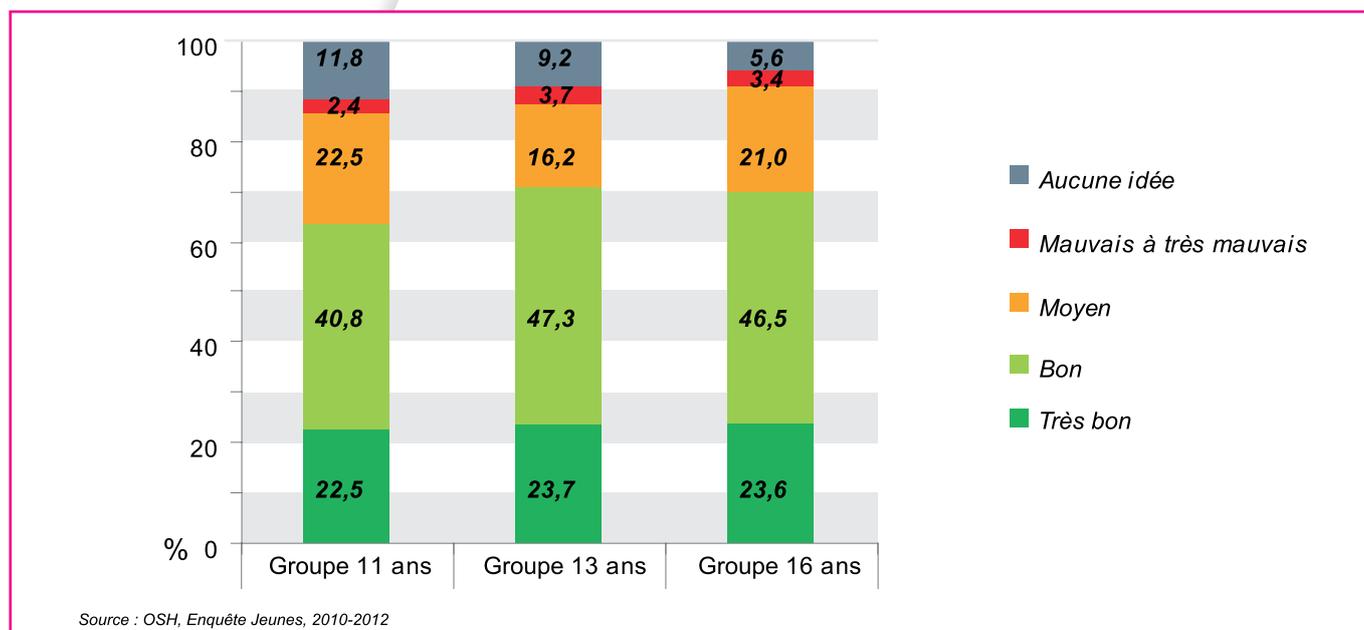
Plus de 90 % des jeunes pensent qu'avoir des dents sans carie, avoir des dents à leur place, avoir une bonne haleine et avoir des dents blanches est important ou très important pour avoir un beau sourire. Ils sont aussi 87 % à déclarer qu'il est important qu'il ne manque pas de dents. Les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à déclarer qu'il est important d'avoir des dents sans carie (93 % contre 90 %) et une bonne haleine (93 % contre 89 %).

L'importance d'une bonne haleine augmente avec l'âge principalement entre 11 ans et 13 ans passant de 88 % à 93 %, tant chez les garçons que chez les filles. Les garçons de 16 ans déclarent plus souvent qu'il est important de ne pas montrer ses dents que les filles (16 % contre 10 %).

## I.2. Etat subjectif de la santé bucco-dentaire

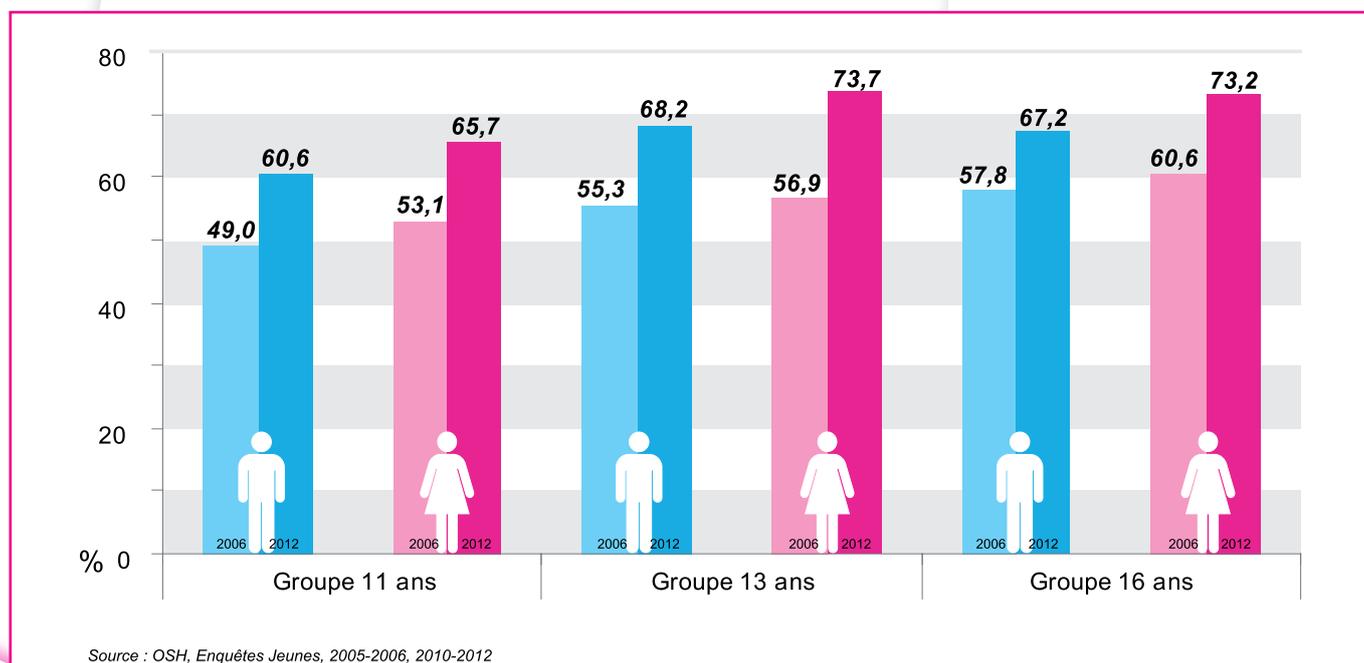
### I.2.1. Auto-évaluation de l'état des dents et des gencives

Figure 1.1. Auto-évaluation de l'état des dents et des gencives selon le groupe d'âge (N = 1 802)



En 2012, 68 % des jeunes estiment l'état de leurs dents et de leurs gencives comme bon à très bon, les filles davantage que les garçons (71 % contre 65 %). Les jeunes de 11 ans déclarent moins souvent avoir des dents et des gencives en bon ou très bon état que les jeunes de 13 et 16 ans (63 % contre 71 %) et principalement les filles de 11 ans (66 % contre 73 % chez les filles de 13 et 16 ans).

Figure 1.2. Evolution du (très) bon état subjectif des dents et des gencives selon le groupe d'âge et le sexe

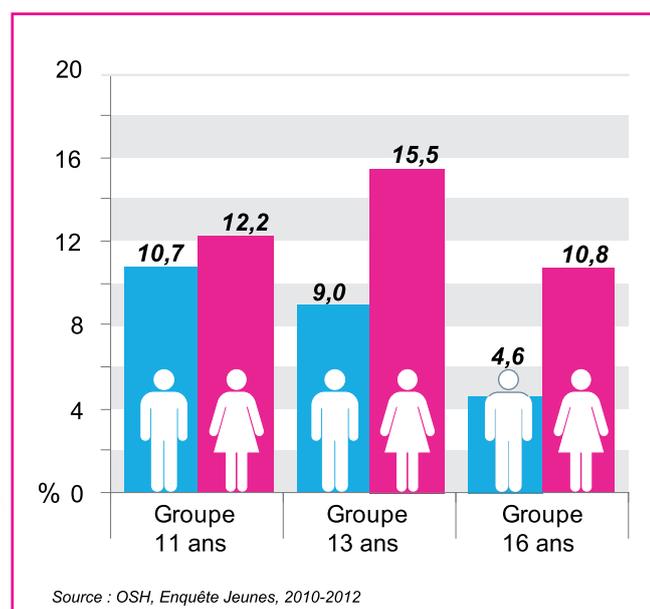


► Les jeunes mentionnent plus souvent des dents et des gencives en bon ou très bon état en 2012 (68 %) qu'en 2006 (56 %). Cette évolution se retrouve aussi bien chez les filles que chez les garçons, quel que soit l'âge.

Les résultats des examens bucco-dentaires présentés dans les chapitres suivants corroborent une amélioration globale de l'état des dents et des gencives entre 2006 et 2012.

## I.2.2. Maux de dents

Figure 1.3. Maux de dents réguliers (assez souvent ou souvent) au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 788)



► En 2012, 10 % des jeunes signalent avoir ressenti des maux de dents assez souvent ou souvent au cours des douze mois précédant l'enquête, davantage les filles (13 %) que les garçons (8 %). Avec l'âge, les maux de dents touchent moins de jeunes. En effet, 12 % s'en plaignent régulièrement à 11 ans contre 8 % à 16 ans. La diminution s'observe principalement chez les garçons (11 % à 11 ans, 9 % à 13 ans et 5 % à 16 ans).

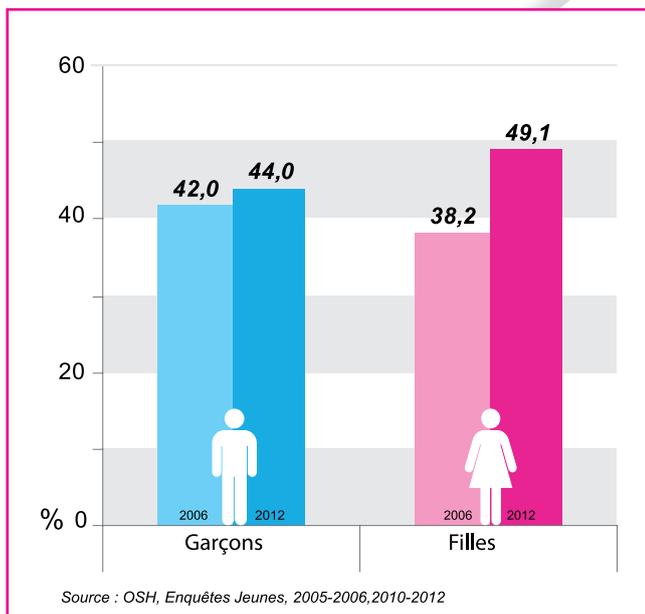
Malgré une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire depuis 2006, les jeunes ne se plaignent pas moins fréquemment de maux de dents. Cela peut s'expliquer notamment par le fait qu'une partie des maux de dents sont imputables à l'éruption des dents définitives et éventuellement à un traitement orthodontique. Toutes les plaintes ne sont pas liées à la présence de caries.

## I.3. Problèmes dentaires et santé

### I.3.1. Importance de la santé dentaire

En 2012, 47 % des jeunes indiquent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé, les garçons (44 %) moins que les filles (49 %). Ils le déclarent aussi moins fréquemment au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, passant de 50 % à 11 ans, à 47 % à 13 ans et à 42 % à 16 ans. Cette diminution se retrouve principalement chez les filles (55 % à 11 ans et 42 % à 16 ans).

Figure 1.4. Evolution de la proportion des jeunes qui considèrent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé selon le sexe



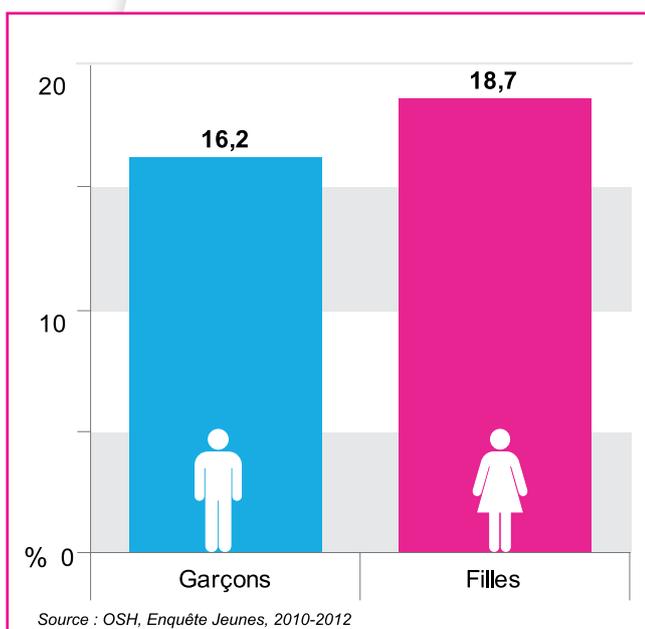
► Entre 2006 et 2012, on constate une augmentation du nombre de jeunes qui indiquent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé (40 % en 2006 contre 47 % en 2012), ceci principalement chez les filles (38 % en 2006 contre 49 % en 2012).

En province de Luxembourg, les filles déclarent moins souvent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé que les filles du Hainaut (44 % contre 49 %).

### I.3.2. Santé dentaire et santé globale

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut, entre autres, modifier la manière de s'alimenter afin de privilégier des aliments demandant peu ou pas de mastication et engendrer à terme un déséquilibre au niveau de la santé générale. Par ailleurs, une affection bucco-dentaire non traitée présente un risque pour un certain nombre d'affections générales (Rwagasore, 2011).

Figure 1.5. Jeunes qui ne pensent pas qu'avoir des problèmes dentaires puisse provoquer d'autres problèmes de santé, selon le sexe (N = 1 774)



► En 2012, 17 % des jeunes mentionnent qu'ils ne pensent pas qu'avoir des problèmes dentaires puissent provoquer d'autres problèmes de santé, les filles (19 %) davantage que les garçons (16 %).

Ces chiffres sont stables depuis 2006 et proches de ceux obtenus auprès des jeunes de la province de Luxembourg.

Ils sont aussi 42 % à ne pas connaître le rapport entre la santé bucco-dentaire et la santé globale. Donc, 6 jeunes Hainuyers sur 10 ignorent que des problèmes de santé bucco-dentaire peuvent provoquer d'autres problèmes de santé. Par ailleurs, 5 jeunes sur 10 considèrent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé. Ces représentations de la santé bucco-dentaire peuvent être un frein pour les jeunes dans l'adoption de comportements préventifs.

# Chapitre 2 Etat de santé bucco-dentaire

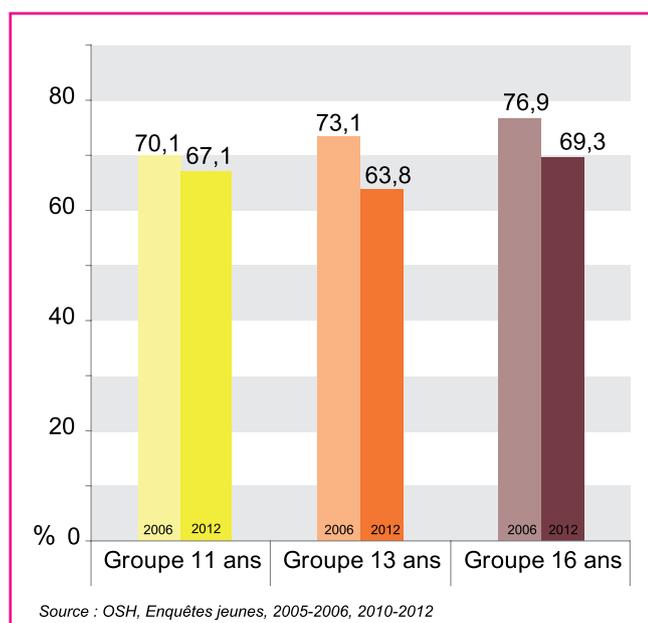
Ce chapitre dresse un bilan de l'état de santé bucco-dentaire (caries, traumatismes, atteintes gingivales...) des jeunes Hainuyers et son évolution.

La carie est une affection liée à la présence de bactéries cariogènes qui adhèrent et colonisent les surfaces dentaires (plaque dentaire). Celles-ci transforment les sucres en acides organiques responsables de la dissolution de la partie inorganique des dents. La carie est donc un processus de déminéralisation acide ayant pour origine une infection bactérienne (Lardinois, 2009). L'OMS décrit la lésion carieuse comme "un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption de la dent. Il s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évolue vers la formation d'une cavité" (OMS, 1972).

## 2.1. Carie chez les jeunes

En 2012, 67 % des jeunes déclarent avoir déjà eu une carie. Il n'y a pas de différence entre les groupes d'âge, ni entre les sexes.

Figure 2.1. Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir déjà eu une carie selon le groupe d'âge



► Entre 2006 et 2012, le nombre de jeunes qui signalent avoir déjà eu une carie a diminué de 74 % à 67 %. Cela concerne autant les filles (76 % en 2006 contre 69 % en 2012) que les garçons (71 % en 2006 contre 65 % en 2012).

Cette diminution s'observe principalement chez les 13 ans et les 16 ans.

Cette amélioration de la proportion de jeunes à bouche indemne de carie se voit aussi de manière objective dans les données des examens dentaires réalisés par les dentistes.

## 2.2. Evolution de l'atteinte de la bouche

Durant l'examen de la bouche, les dentistes constatent la présence de caries non traitées, la présence de caries traitées (dents obturées) ou encore des dents manquantes pour cause de carie. Les dentistes utilisent deux indices pour décrire l'état des dents, l'un pour chaque dent (CAOD) et l'autre pour chaque face de la dent (CAOF).

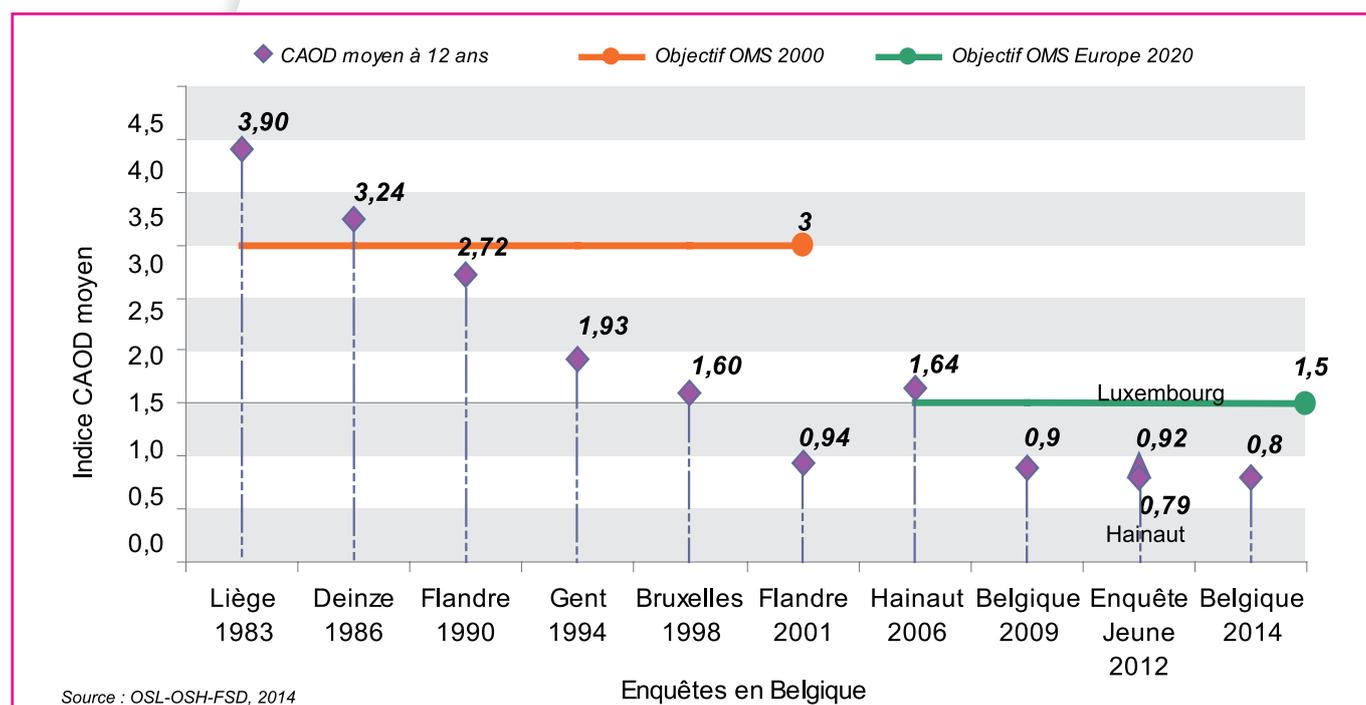
L'indice CAOD comporte trois composantes : le **C** précise le nombre de dents présentant des caries non traitées ; le **A**, le nombre de dents manquantes (Absentes) à cause d'une carie et le **O**, le nombre de dents présentant un traitement de carie (Obturation).

L'ensemble de l'indice indique le nombre de dents affectées par la maladie carieuse. Le CAOOF indique le nombre de faces affectées par la maladie carieuse. Pour le CAOD et le CAOOF, on attribue à chaque dent ou face la valeur 0 ou 1 selon qu'elle est saine (valeur = 0) ou cariée, extraite (absente) pour cause de carie ou obturée (valeur = 1).

Les dents extraites pour des raisons orthodontiques ou traumatiques et les dents qui n'ont pas encore poussé ne sont pas prises en considération dans le calcul du CAOD et du CAOOF. Le CAOD a une valeur maximale de 28 (soit 28 dents, les dents de sagesse ne sont pas comptabilisées ni les dents de lait). Le CAOOF a une valeur maximale de 128 (soit 128 faces, 4 faces pour chaque incisive ou canine et 5 faces pour chaque prémolaire ou molaire) (Klein, 1940).

La prévalence de la carie a atteint son niveau maximal dans les années 70. On constate, depuis trente ans, une nette diminution dans la plupart des pays industrialisés (Haute Autorité Sanitaire (HAS), 2005). En 1974, en France, le CAOD moyen chez les enfants de 12 ans était de 5,4, ce qui signifie qu'en moyenne, chaque enfant présentait 5,4 dents atteintes par la carie. En 1981, l'OMS et la Fédération Dentaire Internationale (FDI) avaient fixé comme objectif d'atteindre en l'an 2000, un CAOD moyen chez les enfants de moins de 12 ans inférieur à 3. A l'heure actuelle, l'objectif est de voir cet indice encore diminuer pour atteindre une valeur inférieure à 1,5 en 2020.

Figure 2.2. Evolution du nombre moyen de dents atteintes par carie (indice CAOD moyen) chez les jeunes de 12 ans entre 1983 et 2012



Plusieurs enquêtes sur la santé bucco-dentaire ont été réalisées en Belgique au cours de ces trente dernières années. Les plus anciennes ont principalement été conduites en Flandre. Depuis 2006, les données chez les jeunes ont également été récoltées en Wallonie dans le Hainaut (2006 et 2012) et en province de Luxembourg (2012). Une enquête de la population belge a également été réalisée en 2009 et 2014.

Les résultats de ces enquêtes montrent que l'indice CAOD moyen diminue chez les jeunes de 12 ans au cours des trente dernières années des protocoles d'études différents.

Cette diminution est attribuée à de nombreux facteurs comme une meilleure accessibilité aux soins préventifs et aux antibiotiques, une prise de conscience à l'égard de la santé dentaire, une utilisation accrue des dentifrices fluorés et une augmentation du niveau de vie et d'éducation (HAS, 2010).

En 2006, les jeunes Hainuyers présentaient un CAOD moyen<sup>(1)</sup> de 1,64. Cet indice s'est amélioré pour atteindre 0,79 en 2012. La même année, il est de 0,92 en province de Luxembourg.

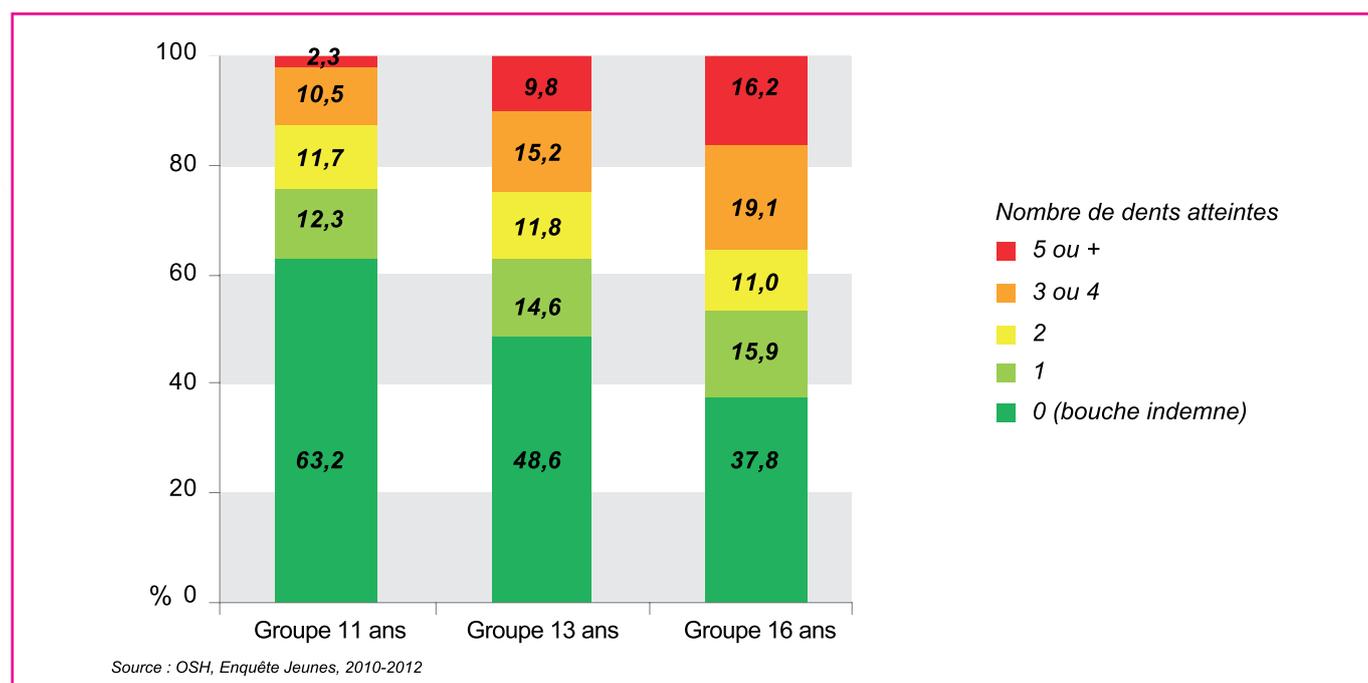
Ces dernières valeurs sont inférieures à 1,5, objectif fixé par l'OMS pour 2020. Le Hainaut présentait un indice CAOD peu favorable en 2006. Il a comblé son retard et en 2010-2012, le niveau de carie en Hainaut est descendu légèrement en-dessous de la moyenne nationale de 2009.

## 2.3. Bilan carieux

### 2.3.1. Analyse par dent

L'indice CAOD représente le nombre de dents atteintes par carie. Un indice nul signifie que la bouche est indemne et qu'aucune dent n'a jamais présenté de carie. Un indice supérieur à 0 ne signifie pas qu'il subsiste des dents cariées dans la bouche, celles-ci peuvent avoir été toutes traitées ou extraites.

Figure 2.3. Nombre de dents atteintes par la carie (indice CAOD) selon le groupe d'âge (N = 1 747)

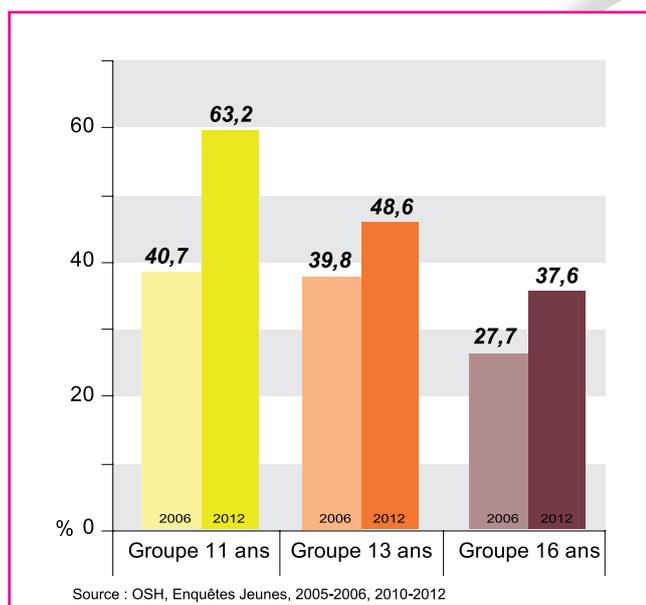


En 2012, 50 % des jeunes Hainuyers présentent une bouche indemne de carie. Le nombre de caries et donc l'indice CAOD ne peuvent que rester stable ou augmenter avec l'âge. Ainsi, la proportion de jeunes ayant une bouche indemne diminue avec l'âge passant de 63 % à 11 ans à 38 % à 16 ans. Il n'y a pas de différence filles-garçons.

A l'autre extrême, 2 % des jeunes de 11 ans et 16 % des jeunes de 16 ans ont au moins 5 dents atteintes par une carie. C'est une amélioration considérable par rapport à 2006 où ces proportions atteignaient respectivement 8 % et 24 %.

(1) Indice CAOD moyen calculé chez les enfants dans leur douzième année de vie (11 à 11,99 ans)

Figure 2.4. Evolution de la bouche indemne (indice CAOD = 0) selon le groupe d'âge



► En 2012, les jeunes Hainuyers présentent, en moyenne, moins de caries qu'en 2006. Cela se traduit par un accroissement de la proportion de jeunes avec une bouche indemne de carie : de 36 % en 2006 à 50 % en 2012.

L'augmentation s'observe dans les trois groupes d'âge mais elle est plus importante chez les 11 ans. Il faut espérer que cette amélioration se maintiendra dans le temps.

### 2.3.2. Comparaison entre l'état de la bouche mesuré et l'état de la bouche déclaré

La perception que les jeunes Hainuyers ont de leur santé bucco-dentaire est-elle en adéquation avec l'état réel de leur bouche évalué par les dentistes ?

Tableau 2.1. Comparaison entre l'état de la bouche évalué par le dentiste et l'état de la bouche perçu par le jeune (N = 1 658)

%	Etat de la bouche évalué par le dentiste		
	N'a jamais eu de carie	A déjà eu une carie	Total
Perception du jeune de l'état de sa bouche			
N'a jamais eu de carie	83	17	100
Ne sait pas	68	32	100
A déjà eu au moins une carie	34	66	100

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼ Parmi ceux qui n'ont jamais eu de carie, le dentiste confirme leurs déclarations dans 83 % des cas tandis que pour 17 %, le dentiste détecte une atteinte dont le jeune n'est pas conscient. A l'inverse, parmi les jeunes qui déclarent avoir déjà eu une carie, le dentiste n'en retrouve pas la trace dans un tiers des cas (34 %). Il peut s'agir d'une carie sur une dent de lait. Il se peut aussi que le jeune confonde traitement curatif et traitement préventif (scellement...) ou orthodontique. Au total, en 2012, 7 jeunes Hainuyers sur 10 ont une vision correcte de leur état de santé bucco-dentaire.

### 2.3.3. Analyse par face

L'analyse par face de l'état de santé bucco-dentaire se base sur l'indice CAOOF et donne des résultats plus fins que l'analyse par dent.

L'indice CAOOF indique le nombre de faces atteintes par la carie qu'elles soient cariées, absentes pour cause de carie ou obturées.

A partir du CAOOF et de ses composantes, on construit l'indice de restauration.

L'indice de restauration est le rapport entre le nombre de faces dentaires présentant une carie obturée et le nombre de faces présentant une carie ou une carie obturée. Il indique la proportion de faces cariées qui ont été soignées. Il varie de 0 à 1.

Tableau 2.2. Evolution du nombre moyen de faces atteintes (indice CAO) et proportion de caries traitées (indice de restauration) selon le groupe d'âge

	Groupe 11 ans		Groupe 13 ans		Groupe 16 ans	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Nombre moyen de faces cariées (Valeur moyenne de l'indice CAO)	2,61	1,29	3,65	2,61	4,86	3,91
Valeur moyenne de l'indice de restauration	0,48	0,79	0,53	0,75	0,64	0,84

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼  
*Tout comme l'analyse par dent, l'analyse par face montre, entre 2006 et 2012, une diminution du nombre moyen de caries chez les jeunes Hainuyers. En 2006, les jeunes de 10 à 17 ans présentaient en moyenne 3,78 faces cariées. En 2012, les jeunes présentent en moyenne 2,56 faces cariées. Ceci correspond à une atteinte modérée de la bouche.*

*Simultanément, la valeur moyenne de l'indice de restauration a augmenté entre 2006 (0,55) et 2012 (0,80), traduisant un meilleur traitement des caries.*

*Les améliorations observées pour l'ensemble des jeunes sont également présentes pour les trois groupes d'âge et de façon un peu plus marquée pour les 11 ans.*

En province de Luxembourg, on constate des indices de CAO semblables à ceux du Hainaut pour les jeunes de 11 et 13 ans, par contre chez les jeunes de 16 ans le CAO est plus élevé qu'en Hainaut (5,0 contre 3,91). L'indice de restauration y est également plus élevé qu'en Hainaut : 85 % des faces cariées sont traitées contre 80 % en Hainaut.

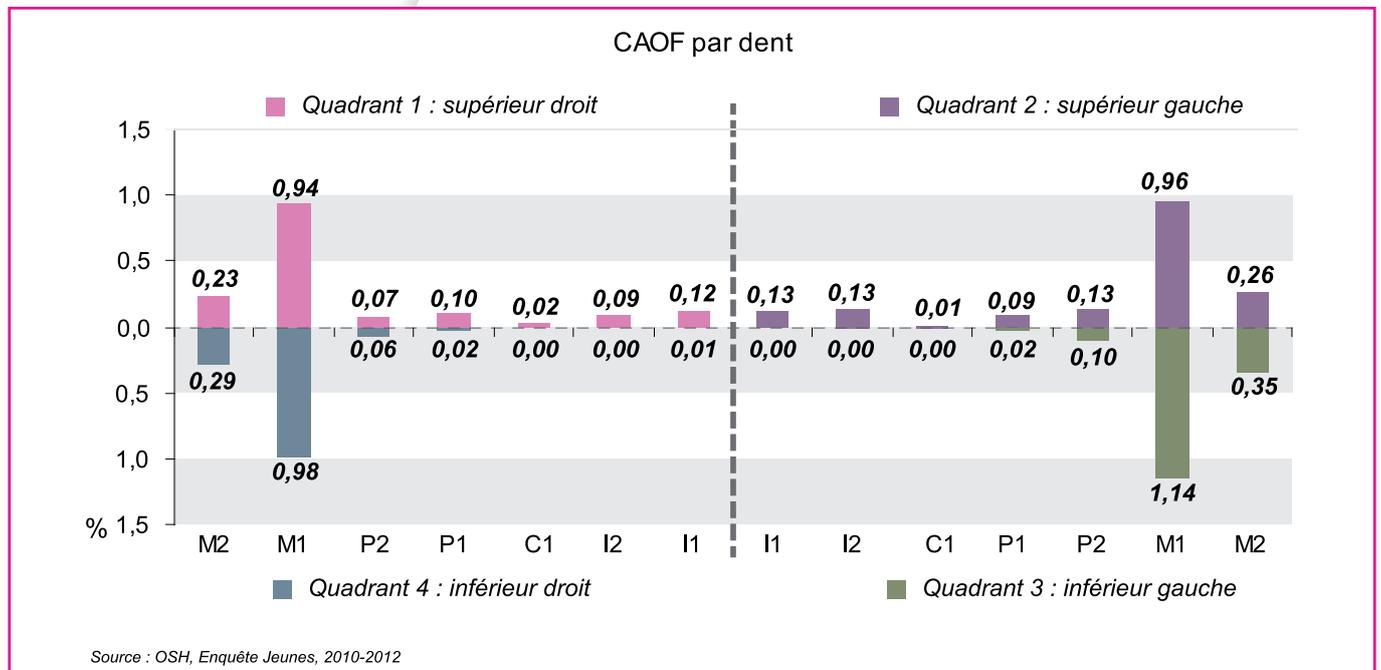
L'analyse de la composition de l'indice CAO (voir Annexe 4.) indique que les jeunes de 13 et 16 ans, ont en moyenne davantage de faces cariées non traitées que les plus jeunes (0,7 à 13 et 16 ans contre 0,3 à 11 ans).

Lorsque les jeunes présentent une atteinte modérée (une à quatre faces atteintes), plus de 70 % présentent toutes les caries traitées. Au-delà de quatre faces atteintes, le nombre de faces cariées non traitées augmentent progressivement.

### 2.3.4. Analyse par type de dent

L'analyse par face dentaire indique que toutes les dents ne présentent pas le même risque d'être touchées par la carie.

Figure 2.5. Nombre moyen de faces dentaires atteintes par la carie, par type de dents chez les jeunes de 16 ans. (I) Incisives ; (C) Canines ; (P) Prémolaires ; (M) Molaires (N = 373)



▼  
L'ensemble des dents n'est pas uniformément touché par la carie. Les premières molaires (M1) apparaissent à 6 ans. Elles sont les plus atteintes : le CAOF moyen est proche de 1,0, ce qui veut dire que lorsqu'un jeune de 16 ans n'a pas une bouche indemne, en moyenne, une face de chaque première molaire est atteinte. L'essentiel de l'atteinte de ces dents est déjà présent dans le groupe des 11 ans (avec un CAOF moyen entre 0,7 et 0,8).

Les secondes molaires (M2) apparaissent à 12 ans. Elles sont également fréquemment atteintes, mais dans une moindre mesure (CAOF de 0,23 à 0,35). En troisième position, on trouve les incisives supérieures (I) et les prémolaires (P) avec un CAOF proche de 0,10. Les canines et les incisives inférieures sont rarement touchées.

Les premières molaires sont les grosses dents qui apparaissent au fond de la bouche vers l'âge de 6 ans. Elles présentent le plus gros risque de carie. Il est important que l'enfant acquière, avant 6 ans, l'habitude de bien se brosser les dents. Consulter préventivement un dentiste deux fois par an est essentiel car il pourra apposer un scellement (vernis protecteur) sur les molaires dès leur apparition. Ce traitement est préventif et totalement remboursé par l'INAMI (Souriez.be).

### 2.3.5. Bouche indemne de carie en fonction des facteurs socio-économiques

Tableau 2.3. Bouche indemne de carie (CAOD = 0) en fonction des facteurs socio-économiques

	N	%	RP
Total	1 747	50,3	-
<b>Groupe d'âge</b>			
11 ans	649	63,2	1,68*
13 ans	500	48,6	1,29*
16 ans	598	37,6	1
<b>Nombre de parents qui travaillent</b>			
0 parent	127	53,6	1,04
1 parent	487	51,5	1
2 parents	919	57,6	1,12*
<b>Catégorie socioprofessionnelle du père</b>			
Manuel peu qualifié	732	46,2	1
Manuel qualifié	207	55,6	1,19
Employé peu ou moyennement qualifié	231	54,5	1,18
Employé qualifié ou cadre	259	59,8	1,29*
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la mère</b>			
Femme au foyer ou étudiante	192	42,7	1
Manuelle peu qualifiée	409	43,0	1,01
Manuelle qualifiée	76	53,9	1,26
Employée peu ou moyennement qualifiée	379	58,6	1,37*
Employée qualifiée ou cadre	350	56,6	1,33*
<b>Filière scolaire (13 et 16 ans)</b>			
Transition	747	47,0	1,42*
Qualification	331	33,2	1

RP : Rapport de prévalence

\* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



La proportion de jeunes présentant une bouche indemne de carie diminue avec l'âge.

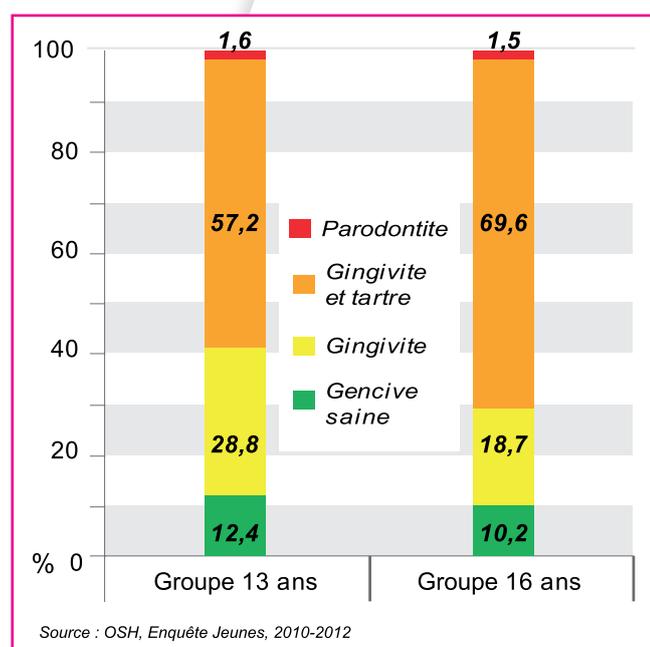
Les jeunes dont les deux parents travaillent ont environ 10 % de chance en plus d'être indemne de carie que ceux dont un seul ou aucun parent ne travaille. Les enfants dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre ont aussi plus de chance d'avoir une bouche indemne. Enfin, les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition ont 42 % de chance en plus d'avoir une bouche non atteinte par la carie que les jeunes de l'enseignement de qualification.

## 2.4. Etat des gencives

Au cours de l'examen de la bouche des jeunes de 13 et 16 ans, les dentistes ont attribué une note de 0 à 4 selon l'état des gencives (indice DPSI voir encadré) : 0 signifiant que les gencives sont saines, 1 signifiant la présence d'une gingivite ou de saignement lors du sondage, 2 signifiant la présence d'une gingivite et de tartre et 3 signifiant la présence d'une parodontite. Aucun des élèves ne présente de risque de perte de dents soit un indice 4.

L'état des gencives et de l'os qui soutient les dents est évalué grâce à l'indice Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) (voir Annexe 5.). Il traduit la santé gingivale et la présence de tartre, son calcul se fait par l'observation de la situation (présence de saignement au sondage, présence de tartre, de parodontite) par sextant (voir Annexe 5.). Pour chaque sextant de la bouche, le dentiste attribue lors de l'examen un chiffre allant de 0 à 4 ; 0 représentant une situation saine et 4 la perte osseuse la plus grave. C'est l'indice le plus élevé atteint sur au moins un des sextants qui détermine l'indice DPSI de la bouche (Société Belge de Parodontologie (SBP)).

Figure 2.6. Etat des gencives (indice DPSI) selon le groupe d'âge (N = 1 098)



► En 2012, 89 % des jeunes de 13 et 16 ans souffrent de problèmes gingivaux et seulement 11 % ont des gencives saines. Les proportions observées sont similaires pour les filles et les garçons. En particulier, 64 % des jeunes de 13 et 16 ans présentent du tartre sur les dents. Cette proportion augmente avec l'âge passant de 57 % à 13 ans à 70 % à 16 ans.

Globalement entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes avec des problèmes gingivaux diminue légèrement de 93 % à 89 %, principalement chez les filles de 13 ans (93 % à 84 %).

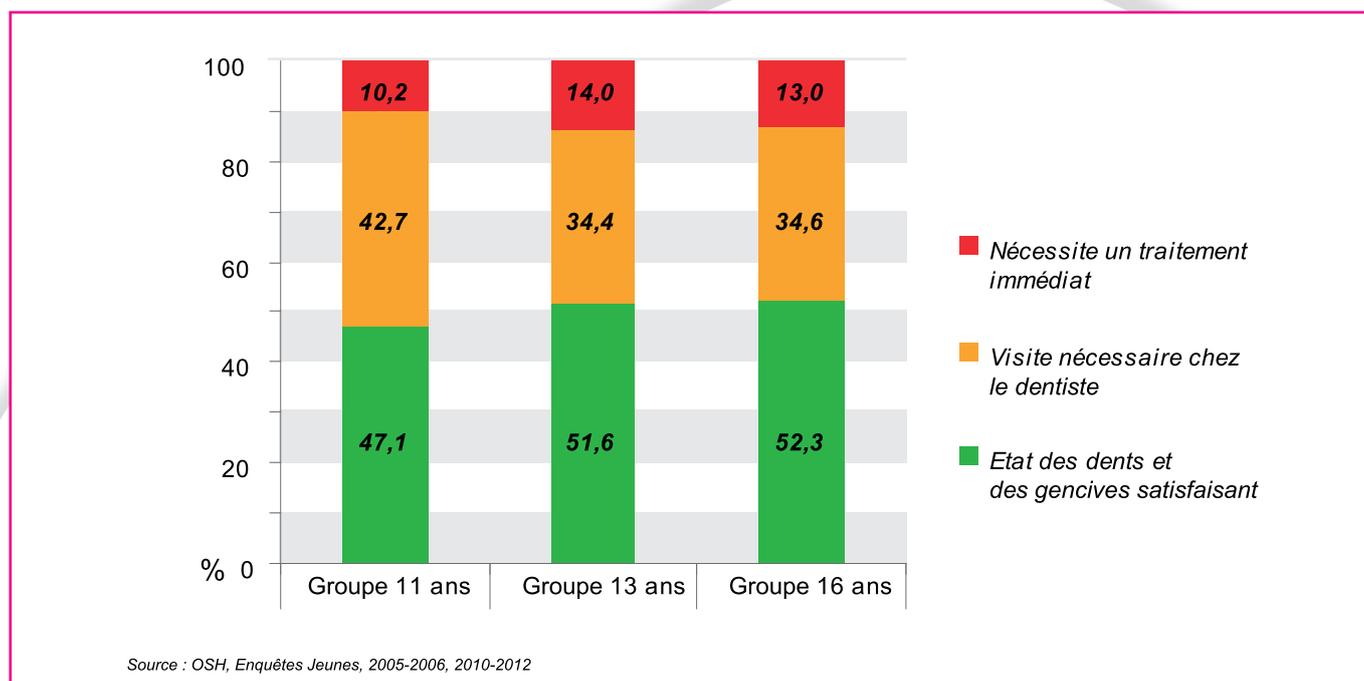
Les données ne révèlent aucun lien entre le fait d'avoir consulté le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête et l'état des gencives. Par contre, la qualité du brossage influence les problèmes gingivaux. En effet, 96 % des jeunes avec des problèmes gingivaux ont un brossage des dents à améliorer.

## 2.5. Bilan bucco-dentaire

### 2.5.1. Conclusion de l'examen bucco-dentaire

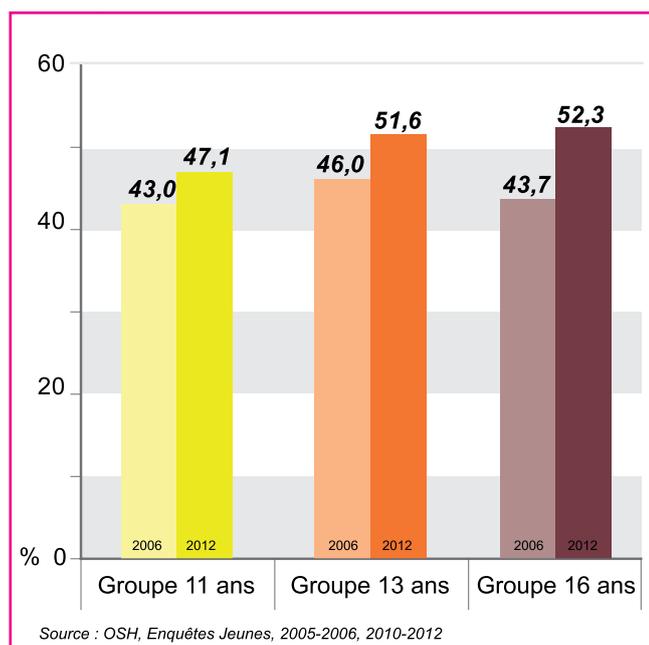
Lors de l'examen de la bouche, le dentiste a observé l'état des dents et des gencives. La conclusion de ce bilan est qualifiée selon trois niveaux. Le premier correspond à un état satisfaisant des dents et des gencives. Au deuxième niveau, il est nécessaire de consulter un dentiste. Le troisième niveau requiert un traitement immédiat. La conclusion du bilan dentaire a été transmise aux parents.

Figure 2.7. Conclusion du bilan bucco-dentaire selon le groupe d'âge (N = 1 747)



▼  
 En 2012, globalement, 50 % des jeunes ont un état des dents et des gencives satisfaisant selon l'examineur ; 38 % doivent consulter un dentiste et 12 % ont besoin d'un traitement immédiat. La proportion de jeunes de 11 ans présentant un examen dentaire satisfaisant est moins importante qu'à 13 et 16 ans et il leur est davantage conseillé de consulter un dentiste. La raison peut être que l'examineur constatant des problèmes orthodontiques estimait une visite "nécessaire". Le conseil d'un traitement "immédiat" étant plus en corrélation avec une pathologie évidente.

Figure 2.8. Evolution de la proportion de bilans bucco-dentaires satisfaisants selon le groupe d'âge



► Globalement, entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes avec un bilan bucco-dentaire satisfaisant a augmenté (de 44 % à 50 %) et ceci à tous les âges.

## 2.5.2. Bilan bucco-dentaire en fonction des facteurs socio-économiques

Tableau 2.4. Visite nécessaire ou urgente chez le dentiste en fonction des facteurs socio-économiques

	N	%	RP
Total	1 747	49,8	-
Nombre de parents qui travaillent			
0 parent	127	60,6	1,38*
1 parent	487	52,0	1,18*
2 parents	919	44,0	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	732	55,3	1,81*
Manuel qualifié	207	42,0	1,38*
Employé peu ou moyennement qualifié	231	46,8	1,53*
Employé qualifié ou cadre	259	30,5	1
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer ou étudiante	192	58,3	1,73*
Manuelle peu qualifiée	409	63,3	1,88*
Manuelle qualifiée	76	38,2	1,13
Employée peu ou moyennement qualifiée	379	40,1	1,19
Employée qualifiée ou cadre	350	33,7	1
Type de famille			
Biparentale	983	45,8	1
Monoparentale	304	59,2	1,29*
Recomposée	232	54,7	1,19*
Garde alternée	94	44,7	0,98
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	358	42,8	1
Qualification	331	58,6	1,37*

RP : Rapport de prévalence

\* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



*Pour les jeunes dont un ou aucun parent ne travaille, les dentistes ont davantage conclu qu'une visite était nécessaire ou urgente pour un traitement immédiat que pour les jeunes dont les deux parents travaillent.*

*Les jeunes ayant besoin ou non de soins dentaires est lié au statut socioprofessionnel des deux parents. Les jeunes dont le père est manuel ou employé peu qualifié ou manuel qualifié ont davantage besoin d'une visite nécessaire ou urgente chez un dentiste que les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre. Les jeunes dont la mère est femme au foyer ou manuelle peu qualifiée ont également davantage besoin d'une visite chez le dentiste.*

Les jeunes qui vivent dans une famille monoparentale ou recomposée ont davantage besoin d'une visite nécessaire ou urgente chez le dentiste que les enfants de famille biparentale ou en garde alternée.

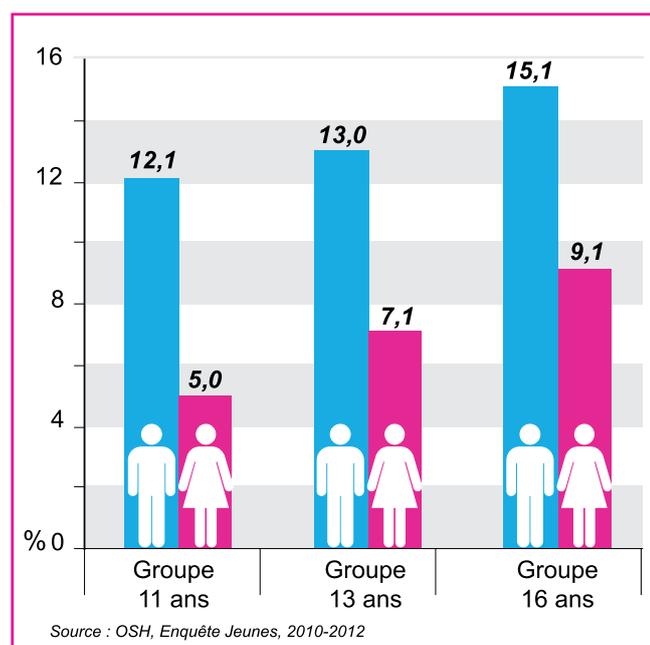
Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification ont davantage besoin d'une visite chez le dentiste que les jeunes de l'enseignement de transition.

Le lien constaté entre facteurs socio-économiques et bilan carieux se retrouve de manière plus marquée en ce qui concerne le manque de prise en charge précoce des problèmes bucco-dentaires chez les jeunes issus de milieux moins favorisés.

## 2.6. Traumatismes

La pratique de certains sports, les accidents de la circulation, des activités de jeux à l'école et en dehors, les actes de violences peuvent engendrer des traumatismes dentaires. Il s'agit d'une lésion d'une ou plusieurs dents due à un choc mais qui peut aussi toucher l'os de la mâchoire, les gencives, les lèvres ou la langue (OMS, 2003).

Figure 2.9. Proportion de jeunes présentant au moins un traumatisme sur les dents définitives selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 747)



► En 2012, 10 % des jeunes présentent au moins un traumatisme sur une dent définitive, les garçons davantage que les filles (13 % contre 7 %) et cela à tous les âges.

## 2.7. Piercing

Dans certains cas, les piercings peuvent provoquer des lésions sur les gencives ou sur l'émail des dents. Parmi les jeunes de l'enquête, 28 (25 filles et 3 garçons) ont un piercing au niveau de la bouche, 3 d'entre eux ont des lésions sur l'émail et au niveau gingival.

# Chapitre 3 Soins dentaires

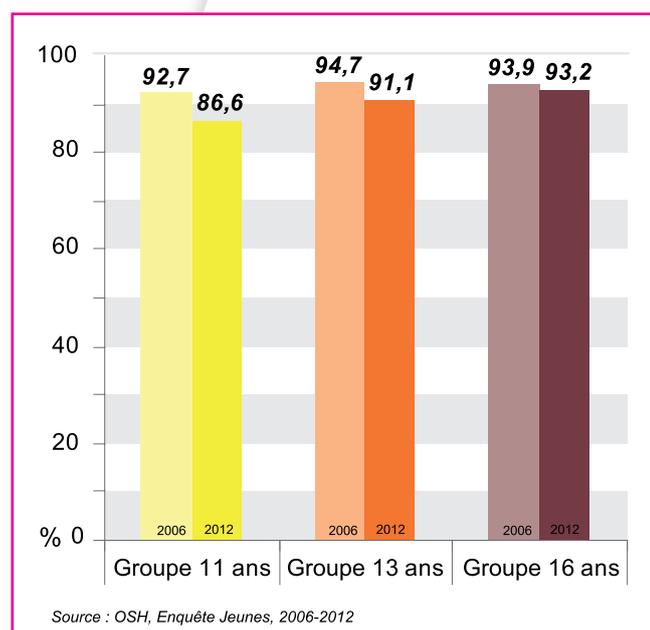
Depuis 2009 (2005 pour les moins de 12 ans), les soins dentaires pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans sont totalement remboursés à l'exception des soins d'orthodontie et de l'extraction des incisives de lait. Il est recommandé de rendre visite au dentiste au moins deux fois par an jusqu'à l'âge de 18 ans (*Souriez.be*). Ce chapitre examine dans quelle mesure les jeunes recourent aux soins dentaires et orthodontiques.

## 3.1. Visite chez le dentiste

### 3.1.1. Comportements par rapport aux consultations

En 2012, 90 % des jeunes Hainuyers signalent avoir déjà consulté un dentiste dans leur vie ; les filles (91 %) autant que les garçons (89 %). La proportion de jeunes déclarant avoir déjà été chez le dentiste augmente avec l'âge passant de 87 % à 11 ans à 91 % à 13 ans et à 93 % à 16 ans. A 13 ans, les filles relatent plus souvent avoir déjà été chez le dentiste que les garçons (94 % contre 88 %).

Figure 3.1. Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir consulté un dentiste au cours de leur vie selon le groupe d'âge

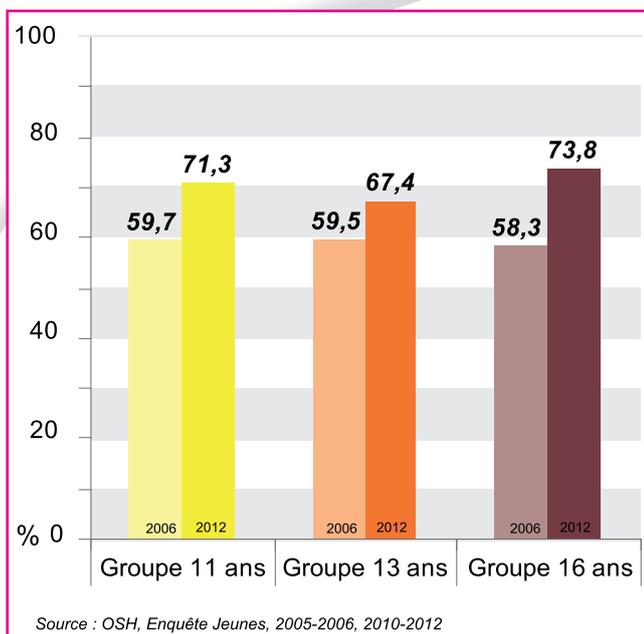


► Globalement, les jeunes mentionnent moins souvent avoir consulté un dentiste au cours de leur vie en 2012 (90 %) qu'en 2006 (94 %). Cette diminution s'observe chez les filles comme chez les garçons et à tous les âges, à l'exception des 16 ans qui se maintiennent (93 %).

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent avoir déjà consulté un dentiste au cours de leur vie que les jeunes du Hainaut (94 % contre 90 %).

En 2012, 71 % des jeunes indiquent avoir consulté un dentiste au cours des douze mois précédant l'enquête.

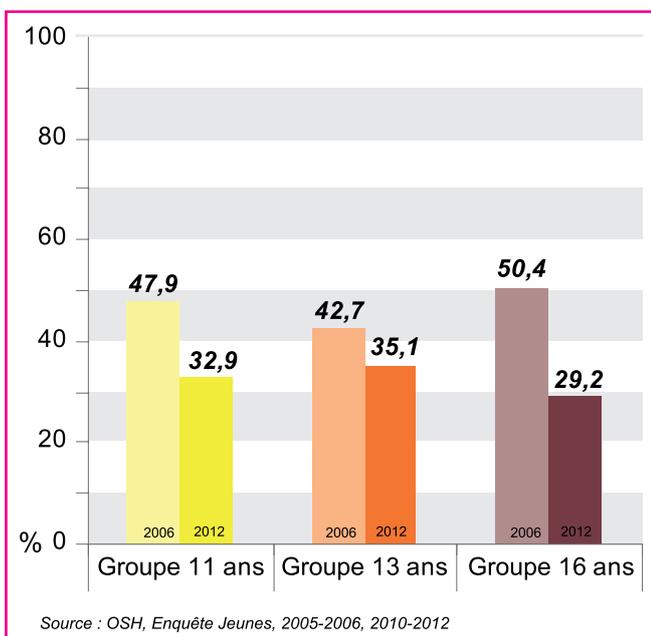
Figure 3.2. Evolution de la proportion de jeunes qui déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge



► Entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes qui disent avoir consulté un dentiste au cours des douze mois précédant l'enquête a augmenté de 59 % à 71 %, aussi bien chez les garçons (de 56 % en 2006 à 70 % en 2012) que chez les filles (de 63 % en 2006 à 72 % en 2012) et pour tous les groupes d'âge.

En province de Luxembourg, les jeunes signalent plus souvent avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête que dans le Hainaut (78 % contre 71 %), chez les filles (79 % contre 72 % en Hainaut) comme chez les garçons (76 % contre 70 % en Hainaut).

Figure 3.3. Evolution de la proportion de jeunes déclarant ne jamais être allés chez le dentiste ou qui s'y rendent seulement lorsqu'ils ont mal aux dents



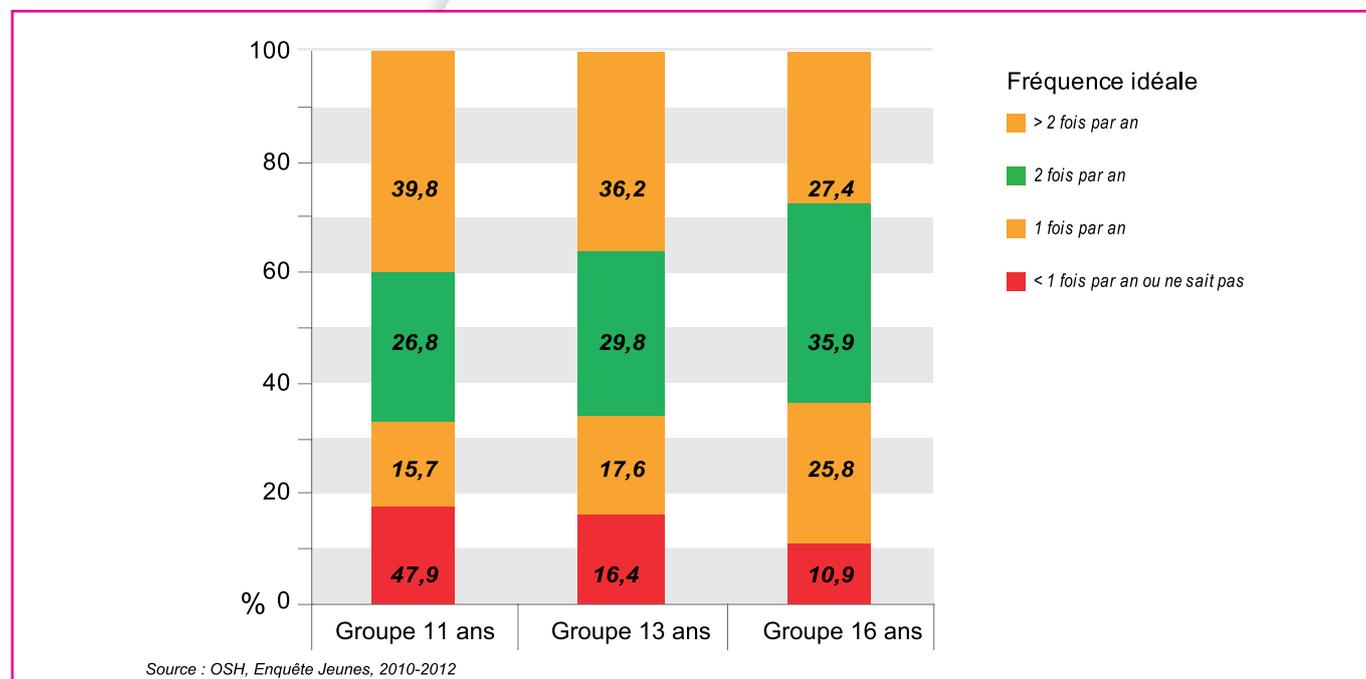
► Il est recommandé de consulter le dentiste tous les 6 mois de façon préventive. Or 10 % des jeunes n'y sont jamais allés et 22 % n'y vont que lorsqu'ils ont mal aux dents : soit 32 % des jeunes qui ne consultent pas préventivement le dentiste. La situation s'est cependant améliorée depuis 2006 où cette proportion était de 47 %.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent moins souvent ne jamais être allés chez le dentiste ou seulement lorsqu'ils ont mal aux dents que dans le Hainaut (23 % contre 32 %) à tous les âges, aussi bien les garçons que les filles.

### 3.1.2. Suivi des recommandations en matière de consultations

Il est conseillé de rendre visite au dentiste tous les 6 mois jusqu'à l'âge de 18 ans afin de s'assurer de l'absence de problèmes dentaires (Souriez.be).

Figure 3.4. Perception de la fréquence idéale de visite chez le dentiste selon le groupe d'âge (N = 1 797)



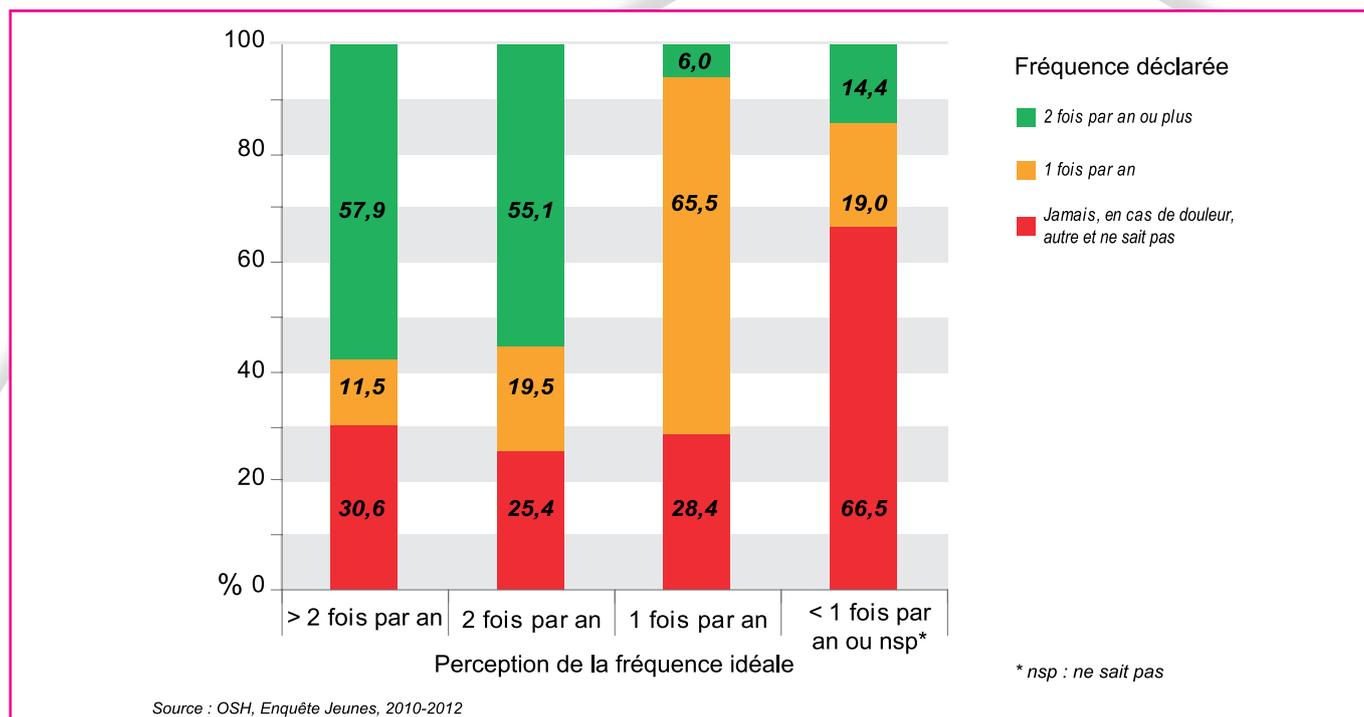
▼  
En 2012, 31 % des jeunes mentionnent que la fréquence idéale de visite chez le dentiste est de deux fois par an. Cette proportion augmente avec l'âge passant de 27 % à 11 ans à 30 % à 13 ans et à 36 % à 16 ans. Un jeune sur 3 pense qu'il faut se rendre plus souvent chez le dentiste. Un jeune sur 5 cite la norme des adultes : une fois par an et un jeune sur 6 choisit une fréquence inférieure à une fois par an ou ne sait pas. Visiblement, des efforts de sensibilisation sont encore nécessaires pour que la recommandation d'une visite semestrielle soit connue.

Entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes de 11 ans déclarant que la fréquence idéale de visite chez le dentiste est de deux fois par an a augmenté passant de 18 % à 27 %. Il n'y a pas d'évolution marquée chez les plus âgés.

En province de Luxembourg, les jeunes indiquent plus souvent que la fréquence idéale de visite chez le dentiste est de deux fois par an que les jeunes du Hainaut (41 % contre 31 %), chez les garçons comme chez les filles.

La recommandation de deux visites par an concerne les visites préventives. La question sur les habitudes de consultation ne fait pas la distinction entre soins préventifs et curatifs. Les jeunes qui vont chez le dentiste deux fois par an ou plus sont susceptibles d'y aller pour un traitement curatif lourd voire pour de l'orthodontie. Les jeunes en traitement orthodontique peuvent avoir la perception qu'une grande fréquence de visite est nécessaire (visite mensuelle).

Figure 3.5. Comparaison entre la perception de la fréquence idéale de consultation chez le dentiste et la fréquence déclarée par les jeunes (N = 1 770)



Une majorité de jeunes ont une fréquence de visite chez le dentiste qui correspond à leur opinion quant à la fréquence idéale de consultation. Plus de 50 % des jeunes qui citent une fréquence idéale de deux fois par an ou plus vont effectivement chez le dentiste deux fois par an ou plus. 66 % des jeunes qui choisissent une fréquence idéale d'une fois par an déclarent une visite annuelle. 67 % des jeunes qui optent pour une fréquence idéale de moins d'une fois par an ou ne savent pas, ne se rendent pas systématiquement chez le dentiste.

A contrario, 25 à 31 % des jeunes qui déclarent une fréquence idéale d'une fois par an ou plus n'effectuent pas de visite au moins annuelle. Ces résultats mettent en lumière qu'il ne suffit pas que le jeune connaisse les recommandations en matière de consultation préventive. Le rôle des parents dans la mise en pratique de la prévention est essentiel surtout pour les plus jeunes (Scott, 2002).

### 3.1.3. Raisons pour ne pas consulter

Tableau 3.1. Raisons invoquées pour justifier le fait de ne jamais avoir consulté le dentiste selon le sexe (N = 146)

%	Garçons	Filles
Je n'ai jamais eu mal aux dents	76,3	62,9
Cela risque de coûter cher	7,9	8,6
Dans ma famille, on ne va pas chez le dentiste	5,3	5,7
Autre	10,5	22,9

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼  
En 2012, parmi les 146 jeunes qui mentionnent ne jamais avoir consulté un dentiste, 70 % donnent comme raison de n'avoir jamais eu mal aux dents, 8 % que les soins risquent de coûter cher, 6 % que dans leur famille on ne va pas chez le dentiste, 16 % donnent également d'autres raisons comme, notamment, la peur d'aller chez le dentiste.

Dans l'enquête de l'INAMI sur la santé bucco-dentaire en 2014, 18 % des répondants invoquent la peur du dentiste comme une raison à ne pas consulter, après l'absence de symptômes et avant le manque de ressources financières (CIE, 2012-2014).

En 2012, sur l'ensemble de l'échantillon, 15 % des jeunes déclarent avoir peur du dentiste, les filles (22 %) davantage que les garçons (8 %) et ceci à tous les âges.

En province de Luxembourg, les filles de 16 ans signalent moins souvent avoir peur du dentiste que les filles de 16 ans du Hainaut (17 % contre 25 %).

### 3.1.4. Visite chez le dentiste en fonction des facteurs socio-économiques

Tableau 3.2. Visite chez le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête en fonction des facteurs socio-économiques

	N	%	RP
Total	1 796	71,1	-
Nombre de parents qui travaillent			
0 parent	146	63,0	1
1 parent	527	69,1	1,10
2 parents	978	74,6	1,18*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	790	66,5	1
Manuel qualifié	223	73,5	1,11
Employé peu ou moyennement qualifié	247	68,8	1,04
Employé qualifié ou cadre	267	84,6	1,27*
Catégorie socioprofessionnelle de la mère			
Femme au foyer ou étudiante	207	65,2	1
Manuelle peu qualifiée	451	68,1	1,04
Manuelle qualifiée	78	76,9	1,18
Employée peu ou moyennement qualifiée	402	76,9	1,13
Employée qualifiée ou cadre	366	78,1	1,20*
Filière scolaire (13 et 16 ans)			
Transition	762	73,6	1,12*
Qualification	357	65,8	1

RP : Rapport de prévalence

\* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



Les jeunes dont les deux parents travaillent sont plus nombreux à avoir consulté un dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête que les jeunes dont un ou aucun parent ne travaille.

Le fait que le jeune ait consulté au cours de l'année écoulée semble lié au statut socioprofessionnel du père et de la mère. Ainsi, les jeunes dont le père ou la mère est employé qualifié ou cadre sont plus nombreux à consulter un dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête que les jeunes dont le père ou la mère au foyer sont manuels peu qualifiés.

Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition sont plus nombreux à s'être présenté chez un dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête que les jeunes de l'enseignement de qualification.

La relation entre les facteurs socio-économiques et la consultation d'un dentiste dans l'année semble moins pregnante qu'entre les facteurs socio-économiques et l'absence de carie. On peut faire l'hypothèse que d'une part, une situation socio-économique défavorable diminue les visites préventives, mais qu'un certain nombre de consultations curatives deviennent nécessaires en raison de la plus grande fréquence des caries.

Même si la première raison avancée pour postposer des soins dentaires au dernier moment est souvent d'ordre financier lié aux conditions socio-économiques, on constate également un manque de culture de la prévention. Nombreux pensent que les soins dentaires sont inutiles ou secondaires (Beynet, 2002), s'ajoutent aussi la peur du dentiste et d'être jugé sur l'état des dents (Calvet, 2013).

En termes d'intervention, il est utile de porter une attention particulière aux parents et aux jeunes issus de milieux moins favorisés et de tenir compte des différents obstacles du recours aux soins bucco-dentaires préventifs.

## 3.2. Scellements

Le scellement de sillons est un acte non invasif visant à combler les sillons avec un matériau adhésif fluide. Il réalise ainsi une barrière physique étanche, lisse et plane, qui s'oppose à l'accumulation de plaque bactérienne et qui prévient la déminéralisation acide et par la même l'apparition des caries (HAS, 2005).

Globalement en 2012, 11 % des jeunes ont au moins un scellement, essentiellement au niveau des molaires. On ne constate pas de variation avec l'âge, ni d'évolution depuis 2006.

## 3.3. Traitements orthodontiques

Les dents ont comme première fonction la mastication. Si celles-ci sont mal alignées, se chevauchent ou sont positionnées trop en avant, elles n'assurent pas bien leur fonction en rendant difficile la mastication de certains aliments et provoquant leur usure prématurée. Elles peuvent également entraîner des tensions musculaires et des douleurs. Les dents avancées sont plus exposées et donc, aussi plus susceptibles de subir un traumatisme.

Les traitements orthodontiques aident à replacer les dents pour permettre un meilleur fonctionnement. Ils peuvent aussi embellir le sourire et favoriser la santé générale en permettant un meilleur brossage et donc moins de caries et de maladies des gencives.

L'occlusion désigne l'articulation des dents du haut avec celles du bas. Lorsque les dents du haut ne sont pas bien articulées avec celles du bas, on parle de malocclusion dentaire. La position des dents et de la mâchoire a donc une incidence sur l'occlusion (Association Dentaire Canadienne (ADC)).

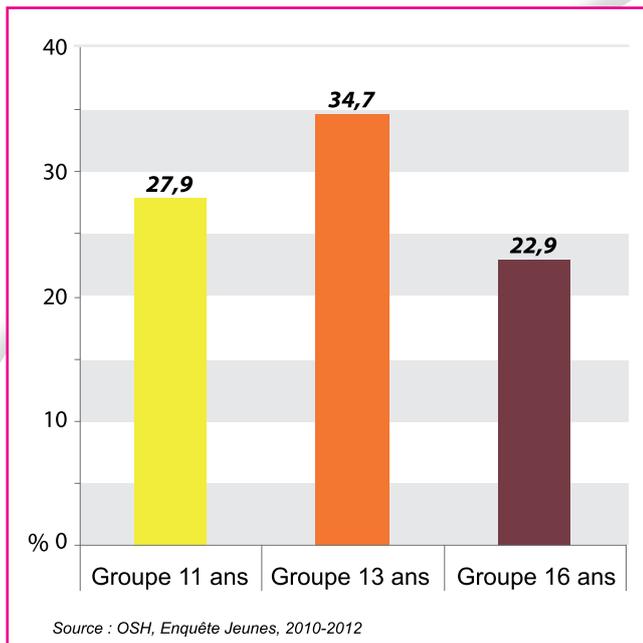
L'examen dentaire avait pour objectif de détecter les problèmes de malocclusion sévères (dépassant certains seuils exprimés en mm de décalage) dans le sens vertical (haut-bas) et / ou dans le sens horizontal (avant-arrière).

### 3.3.1. Consultation orthodontique

En 2012, 45 % des jeunes, les filles (46 %) autant que les garçons (44 %), signalent avoir consulté un dentiste parce que leurs dents étaient mal placées.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent avoir consulté un dentiste parce que leurs dents étaient mal placées que les jeunes Hainuyers (52 % contre 45 %) ; les filles autant que les garçons et à tous les âges.

Figure 3.6. Proportion de jeunes déclarant avoir consulté un orthodontiste au cours de 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge (N = 1 782)

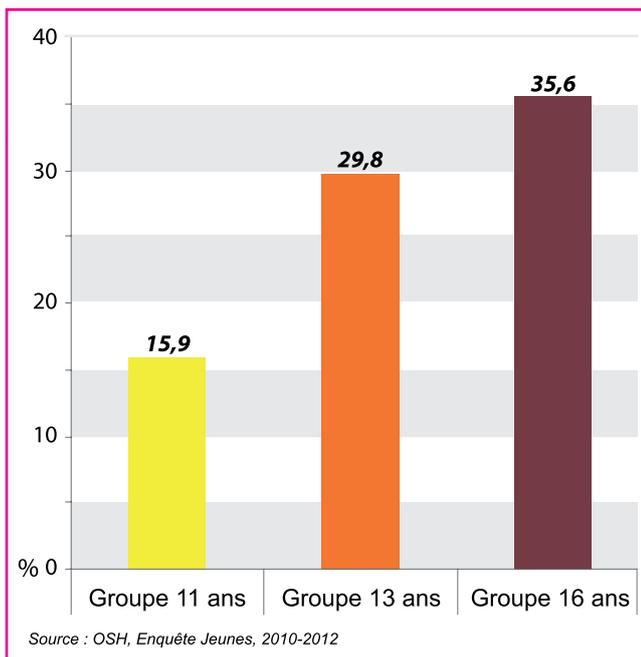


► En 2012, 28 % des jeunes ont consulté un orthodontiste au cours des 12 mois précédant l'enquête, autant les filles (30 %) que les garçons (26 %).

La proportion de jeunes ayant consulté un orthodontiste augmente entre 11 et 13 ans passant de 28 % à 11 ans à 35 % à 13 ans puis diminue à 16 ans (23 %). C'est, en effet, vers 13-14 ans que les traitements orthodontiques sont les plus fréquents. Ces résultats sont semblables à ceux de 2006.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent avoir consulté un orthodontiste au cours des 12 mois précédant l'enquête que les jeunes du Hainaut (36 % contre 28 %). La différence se marque chez les 11 ans (41 % contre 28 % en Hainaut) et chez les 16 ans (28 % contre 23 % en Hainaut) mais pas chez les 13 ans.

Figure 3.7. Traitement orthodontique terminé ou en cours selon le groupe d'âge (N = 1 747)



► En 2012, 27 % des jeunes portent ou ont déjà porté un appareil orthodontique. On n'observe aucune différence entre les filles et les garçons. Par contre, assez logiquement, le nombre de jeunes portant ou ayant porté un appareil augmente avec l'âge. Les proportions étaient similaires en 2006.

En province de Luxembourg, d'une manière générale, davantage de jeunes portent ou ont porté un appareil orthodontique que les jeunes Hainuyers (37 % contre 27 %). Cette différence s'observe chez les filles (40 % contre 29 % en Hainaut) comme chez les garçons (35 % contre 25 % en Hainaut) et à tous les âges.

### 3.3.2. Types de malocclusion

Tableau 3.3. Présence d'un ou plusieurs types de malocclusion selon le groupe d'âge (N = 1 747)

%	Groupe 11 ans	Groupe 13 ans	Groupe 16 ans
Malocclusions horizontales	16,8	15,2	10,9
Malocclusions verticales	19,0	13,8	12,4
Malocclusions horizontales et/ou verticales	29,4	26,0	21,2

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼  
 En 2012, 26 % des jeunes présentent une malocclusion dentaire horizontale, verticale ou les deux. Assez logiquement on observe une diminution de la présence des malocclusions avec l'âge liée aux traitements orthodontiques. Cependant, plus d'un jeune sur 5 souffre encore une malocclusion horizontale ou verticale à 16 ans qu'il ait ou non bénéficié d'un traitement orthodontique (traitement qui peut être en cours).

A l'inverse, parmi les jeunes de 16 ans avec une malocclusion, 34 % n'ont jamais porté d'appareil dentaire.

### 3.3.3. Traitement orthodontique en fonction des facteurs socio-économiques

Tableau 3.4. Traitement orthodontique (porte ou a porté un appareil dentaire) en fonction des facteurs socio-économiques

	N	%	RP
Total	1 747	26,6	-
Groupe d'âge			
11 ans	649	15,9	1
13 ans	500	23,6	1,67*
16 ans	598	35,6	2,24*
Nombre de parents qui travaillent			
0 parent	127	14,2	1
1 parent	487	23,6	1,67*
2 parents	919	31,0	2,19*
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	732	22,0	1
Manuel qualifié	207	30,0	1,36
Employé peu ou moyennement qualifié	231	29,4	1,34
Employé qualifié ou cadre	259	37,1	1,69*

	N	%	RP
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la mère</b>			
Femme au foyer ou étudiante	192	18,8	1
Manuelle peu qualifiée	409	21,0	1,12
Manuelle qualifiée	76	34,2	1,82
Employée peu ou moyennement qualifiée	379	29,8	1,59*
Employée qualifiée ou cadre	350	36,3	1,94*
<b>Filière scolaire (13 et 16 ans)</b>			
Transition	747	36,3	1,34*
Qualification	331	27,2	1

RP : Rapport de prévalence

\* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼  
Assez logiquement, les proportions de jeunes qui portent ou ont porté un appareil dentaire augmentent avec l'âge.

Par rapport aux jeunes issus de famille où aucun parent ne travaille, les jeunes dont un ou deux parents travaillent sont respectivement 1,7 et 2,2 fois plus nombreux à bénéficier d'un traitement orthodontique.

La catégorie socioprofessionnelle des parents influence le recours aux traitements orthodontiques. Les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre portent davantage un appareil dentaire que les jeunes dont le père est manuel peu qualifié. Les jeunes dont la mère est manuelle qualifiée ou employée ou cadre portent davantage un appareil dentaire que ceux dont la mère est au foyer ou manuelle peu qualifiée.

Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de transition portent davantage un appareil dentaire que les jeunes de l'enseignement de qualification.

Les traitements orthodontiques ont un coût important, ils ne sont que très partiellement remboursés par la sécurité sociale (INAMI). Ils sont souvent considérés comme des traitements de luxe permettant une amélioration esthétique du sourire alors qu'il s'agit d'un traitement de base pour garantir une meilleure santé bucco-dentaire. Leur utilisation est directement influencée par les conditions socio-économiques de la famille.

# Chapitre 4 Hygiène buccale

Une bonne hygiène buccale constitue la base pour une bonne santé bucco-dentaire. Ce chapitre s'intéresse aux habitudes en matière de brossage et au résultat du brossage observé lors de l'examen dentaire.

## 4.1. Présence de débris mous

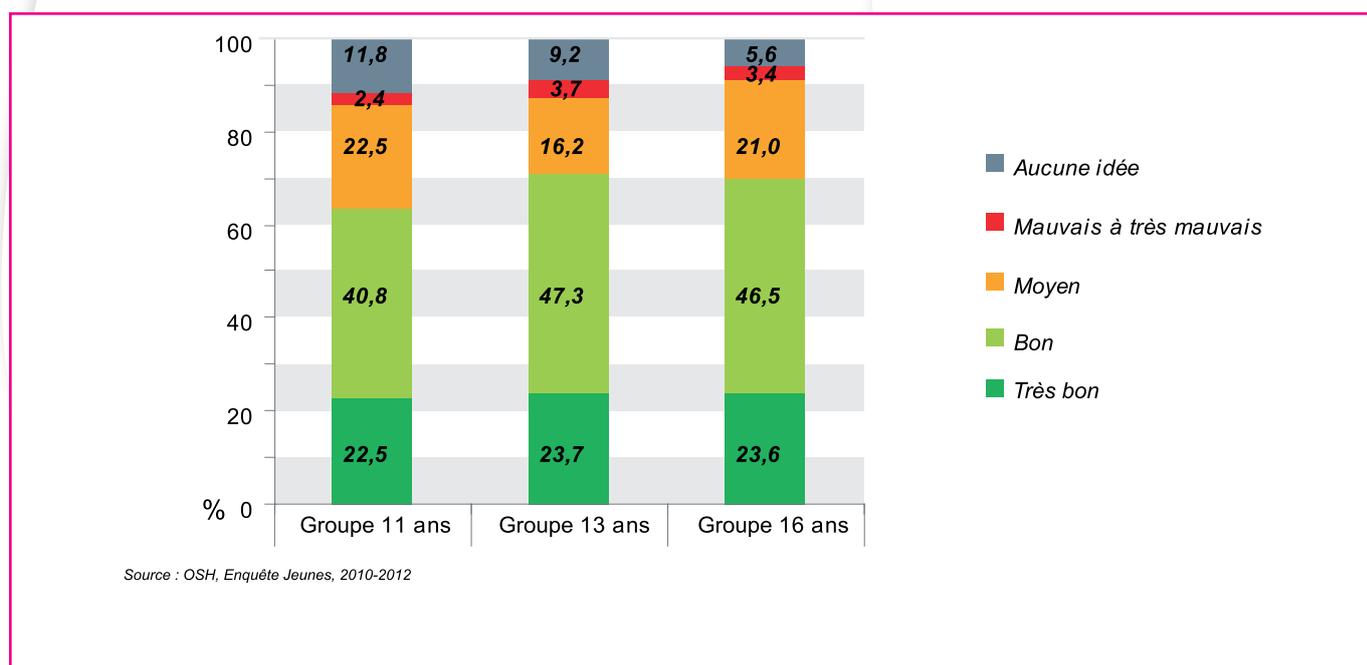
Lors de l'examen, les dentistes notent la présence ou non de débris mous sur les dents et en évaluent la quantité (voir encadré).

L'indice OHI-S (Oral Hygiene Index - Simplified) permet d'évaluer l'hygiène buccale (Greene, 1960 ; Greene, 1964). Le dentiste évalue la présence de débris mous et de tartre d'une face des six dents de référence (soit I6B – I1B – 26B – 36L – 31B – 46L voir Annexe 6.). Les débris mous sont définis comme une matière étrangère molle composée de la plaque bactérienne et de débris alimentaires. Pour chacune des six faces, le dentiste attribue une valeur 0 (face sans débris mous) à 3 (débris couvrant plus de deux tiers de la surface de la dent). L'indice OHI-S DI représente la composante "débris mous" de l'indice OHI-S. Il correspond à la moyenne arithmétique des 6 valeurs attribuées par le dentiste. Une valeur nulle de l'indice correspond à une hygiène buccale parfaite et une valeur de 3 à une mauvaise hygiène buccale.

Les résultats des examens de la bouche en rapport avec la présence de tartre sont présentés dans ce document à partir de l'indice DPSI présenté au paragraphe 2.4.

En lien avec la présence de débris mous, l'hygiène buccale a été catégorisée, en fonction de la valeur de l'indice OHI-S DI, d'excellente ou bonne (de 0 à 0,66), de moyenne (de 0,67 à 1,89) ou de mauvaise (de 1,90 à 3).

Figure 4.1. Hygiène buccale selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 747)



► En 2012, 39 % des jeunes ont peu ou pas de débris mous sur les dents. C'est donc une bonne hygiène buccale. 58 % présentent une hygiène buccale moyenne et 3 % une mauvaise hygiène buccale avec une présence de débris mous sur les dents. Il existe une différence significative entre les filles et les garçons, les filles ont une meilleure hygiène buccale que les garçons. Cette différence se marque chez les 11 et 13 ans mais pas chez les 16 ans. On constate également une amélioration de l'hygiène buccale avec l'âge, les jeunes de 16 ans sont plus nombreux à avoir une bonne hygiène buccale.

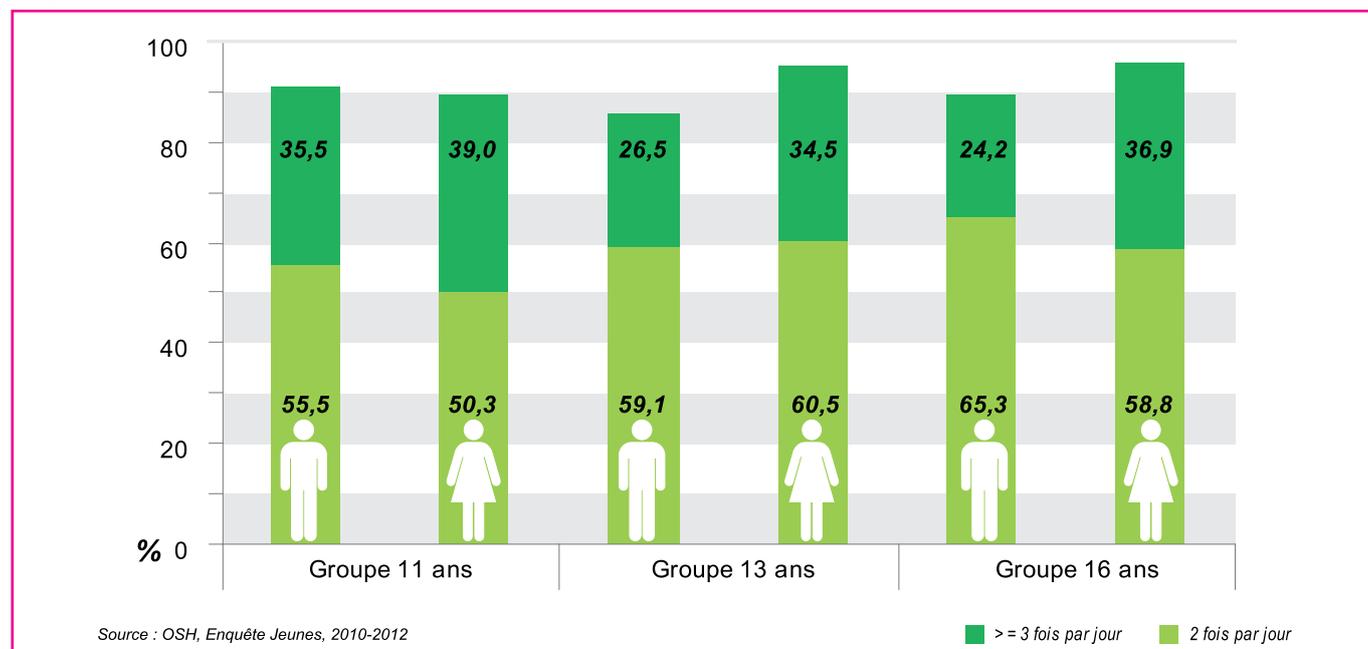
Les proportions observées en province de Luxembourg sont comparables à celles du Hainaut : 40 % des jeunes Luxembourgeois ont une hygiène buccale excellente ou bonne, 57 % une hygiène buccale moyenne et 3 % une mauvaise hygiène buccale. Les filles jouissent d'une meilleure hygiène buccale que les garçons. On constate une amélioration de l'hygiène buccale avec l'avancée en âge tout comme dans le Hainaut.

Entre 2006 et 2012, l'hygiène buccale s'est améliorée chez les 11 ans et les 16 ans. Dans ces deux groupes d'âge, davantage de jeunes ont une excellente ou une bonne hygiène dentaire. Chez les 11 ans, on passe de 15 % à 29 % et chez les 16 ans, de 39 % à 51 %.

## 4.2. Brossage des dents

La plaque bactérienne est un enduit mou et collant qui se forme constamment sur la surface des dents à la suite des repas. L'accumulation de cette plaque est la principale cause des problèmes de gencives et de formation de carie. L'élimination de celle-ci doit se faire au fur et à mesure de sa formation par un brossage des dents au moins deux fois par jour après le petit déjeuner et avant le coucher (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), 2015).

Figure 4.2. Proportion de jeunes déclarant qu'il est nécessaire de se brosser les dents au moins deux fois par jour selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 796)

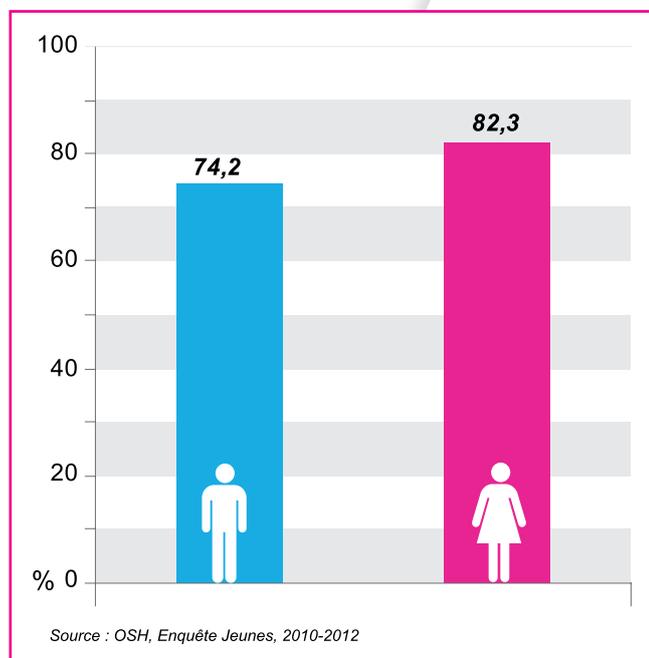


▼ En 2012, 91 % des jeunes prétendent qu'il faut se brosser les dents au moins deux fois par jour, davantage les filles (93 %) que les garçons (89 %). Ils sont 33 % à déclarer qu'il faut se brosser les dents trois fois ou plus par jour, les filles (37 %) davantage que les garçons (29 %) et les plus jeunes davantage que les plus âgés.

Entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes indiquant qu'il faut se brosser les dents au moins deux fois par jour est restée stable.

En province de Luxembourg, les filles signalent un peu plus souvent (95 %) qu'il faut se brosser les dents au moins deux fois par jour que les filles du Hainaut (93 %).

Figure 4.3. **Fréquence déclarée (deux fois par jour ou plus) du brossage des dents selon le sexe (N = 1 787)**



► En 2012, 78 % des jeunes se brossent les dents deux fois par jour ou plus, les filles (82 %) davantage que les garçons (74 %). Cette différence entre les filles et les garçons s'observe principalement chez les 13 ans (72 % des garçons et 84 % des filles) et chez les 16 ans (73 % des garçons et 85 % des filles).

Malgré la connaissance de la recommandation de se brosser les dents deux fois par jour, plus d'un jeune sur 5 ne met pas en pratique cette recommandation.

Tableau 4.1. **Comparaison entre fréquence idéale du brossage et fréquence effective du brossage (N = 1 773)**

%	Fréquence idéale déclarée	
	2 fois par jour ou plus	1 fois par jour ou moins
Fréquence effective déclarée		
2 fois par jour ou plus	76,0	2,3
1 fois par jour ou moins	15,1	6,5

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼ En 2012, une majorité de jeunes mettent en pratique les recommandations en termes de fréquence de brossage. Ils connaissent et appliquent les recommandations. En effet, ils sont 76 % à déclarer à la fois qu'il est nécessaire de se brosser les dents au moins deux fois par jour et à le faire.

Parmi les 22 % de jeunes qui ne se brossent pas les dents au moins deux fois par jour, la majorité connaît la recommandation, mais ne l'applique pas. En termes d'intervention, il faut donc davantage travailler sur les freins à la mise en pratique du brossage qu'à la connaissance de la recommandation.

## 4.3. Caractéristiques du brossage des dents

### 4.3.1. Moments déclarés du brossage

Tableau 4.2. Moments déclarés du brossage selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 889)

%	Garçons			Filles		
	11 ans N = 322	13 ans N = 271	16 ans N = 344	11 ans N = 358	13 ans N = 273	16 ans N = 321
Avant le petit déjeuner	22,7	29,5	27,0	23,7	28,9	35,2
Après le petit déjeuner	63,0	55,7	56,1	62,0	64,5	61,1
Après le diner de midi	13,7	12,2	7,3	15,6	13,6	7,8
Après le goûter	9,6	9,6	6,4	10,9	10,3	11,5
Juste après le souper	34,8	25,1	21,8	38,5	28,6	25,5
Juste avant le coucher	69,9	71,2	65,7	70,1	78,8	76,9

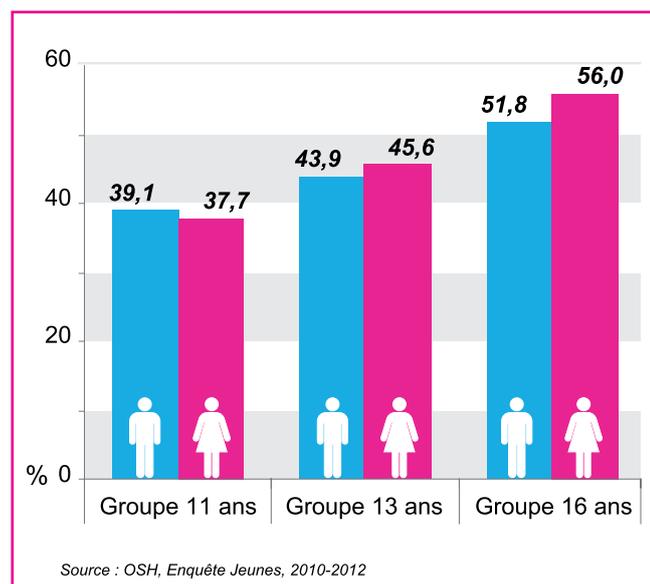
Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012

▼  
En 2012, les jeunes se brossent majoritairement les dents après le petit déjeuner et juste avant le coucher chez les filles comme chez les garçons et à tous les âges. Ils suivent les recommandations en matière de brossage des dents.

### 4.3.2. Utilisation de fil dentaire ou de brossettes interdentaires

Les dentistes recommandent également de parfaire le brossage par l'usage de fil dentaire ou de brossettes interdentaires.

Figure 4.4. Proportion de jeunes déclarant avoir déjà utilisé du fil dentaire ou des brossettes interdentaires selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 793)



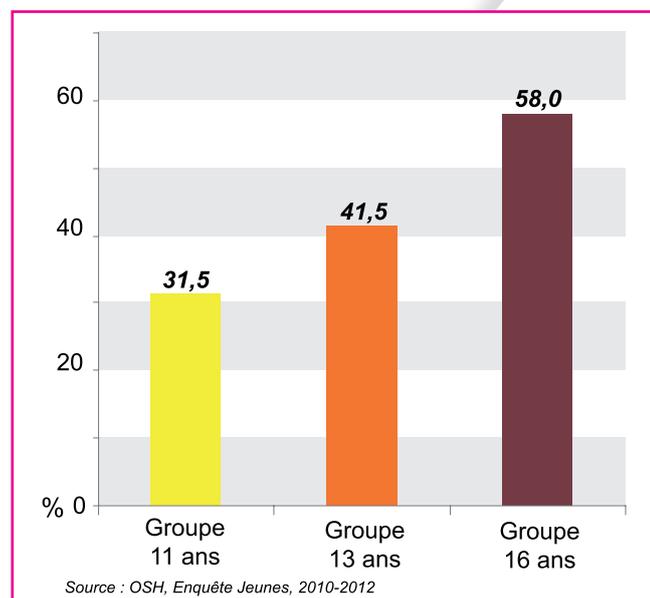
► En 2012, 46 % des jeunes ont utilisé du fil dentaire ou des brossettes interdentaires, cette proportion augmente avec l'âge, chez les filles (38 % à 11 ans ; 46 % à 13 ans ; 56 % à 16 ans) comme chez les garçons (39 % à 11 ans ; 44 % à 13 ans ; 52 % à 16 ans).

Globalement entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes déclarant utiliser du fil dentaire ou des brossettes interdentaires a augmenté passant de 30 % à 46 %.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent davantage que les Hainuyers avoir déjà utilisé du fil dentaire ou des brossettes interdentaires (51 % contre 46 %). Cette différence s'observe principalement chez les filles de 13 ans (61 % contre 46 %).

### 4.3.3. Dentifrice et rinçage de la bouche

Figure 4.5. Jeunes qui connaissent l'importance du fluor dans le dentifrice selon le groupe d'âge (N = 1 787)



► En 2012, 44 % des jeunes savent que le fluor contenu dans le dentifrice est important pour les dents, la proportion augmente avec l'âge chez les filles comme chez les garçons.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent que le fluor dans le dentifrice est important pour les dents que dans le Hainaut (49 % contre 44 %), les filles (51 % contre 45 %) comme les garçons (48 % contre 43 %).

Pour prolonger l'action du fluor sur les dents, il existe une recommandation de ne pas exagérer le rinçage de la bouche après le brossage en se contentant d'un seul rinçage. Une question à ce sujet a été posée uniquement aux enfants de 6<sup>e</sup> primaire.

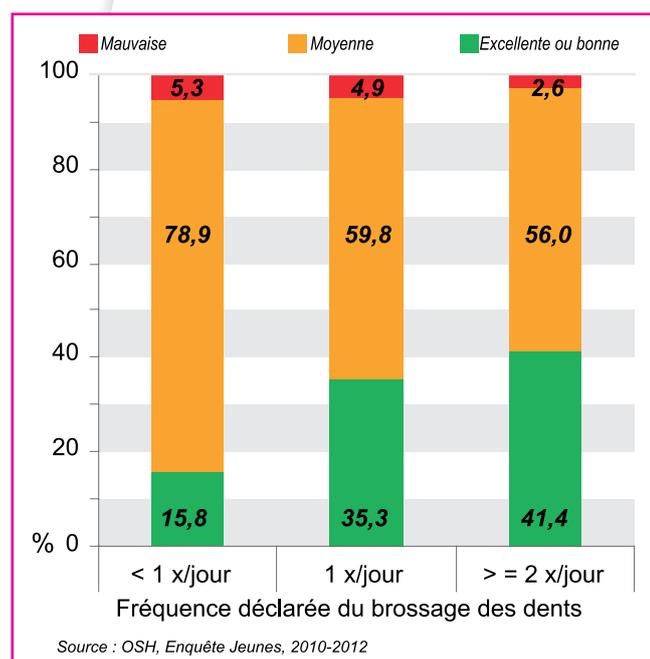
En 2012, 13 % des jeunes de 11 ans signalent qu'il ne faut se rincer qu'une seule fois la bouche après le brossage.

En province de Luxembourg, 15 % des jeunes de 11 ans le disent.

Alors que la fréquence recommandée du brossage est assez bien connue, la manière de se rincer la bouche après le brossage mériterait sans doute d'être davantage diffusée puisque 7 jeunes de 11 ans sur 8 ne la connaissent pas.

## 4.4. Qualité du brossage

Figure 4.6. Hygiène buccale en fonction de la fréquence déclarée du brossage des dents (N = 1 648)



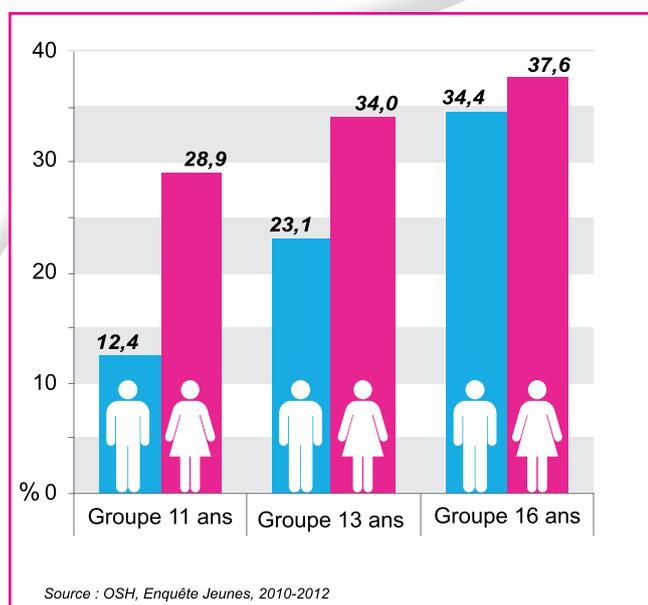
► Moins les jeunes se brossent les dents quotidiennement, moins leur hygiène buccale est bonne, indépendamment de l'âge et du sexe. En 2012, les jeunes qui se brossent les dents deux fois par jour ou plus ont plus souvent une excellente ou une bonne hygiène buccale constatée lors de l'examen dentaire que les jeunes qui déclarent se brosser les dents moins d'une fois par jour (41 % contre 16 %).

Cependant, parmi les jeunes qui ont répondu se laver les dents au moins deux fois par jour, 56 % présentent une hygiène bucco-dentaire moyenne et 3 % une mauvaise. La fréquence du brossage n'assure l'hygiène dentaire que si le brossage est de qualité.

On observe des résultats comparables en province de Luxembourg.

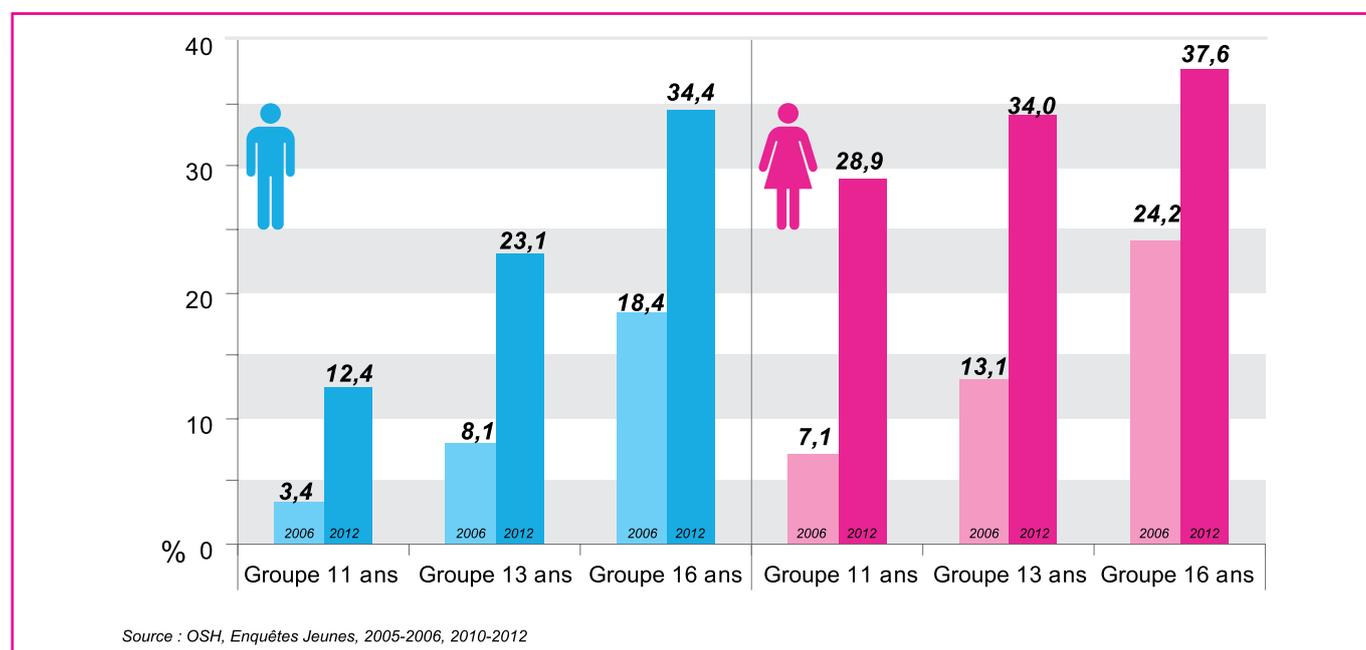
Lors de l'examen de la bouche, le dentiste évaluait la qualité du brossage (satisfaisant ou à améliorer) et transmettait cette appréciation aux parents.

Figure 4.7. **Etat du brossage des dents considéré comme satisfaisant par le dentiste selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 747)**



► En 2012, 28 % des jeunes présentent un bilan de brossage jugé satisfaisant par le dentiste, les filles (33 %) davantage que les garçons (23 %). La proportion de jeunes avec un bilan de brossage satisfaisant augmente avec l'âge passant de 21 % à 11 ans à 28 % à 13 ans et à 36 % à 16 ans. La différence entre filles et garçons est marquée à 11 et 13 ans et s'atténue à 16 ans.

Figure 4.8. **Evolution de l'état du brossage des dents considéré comme satisfaisant par le dentiste selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 747)**



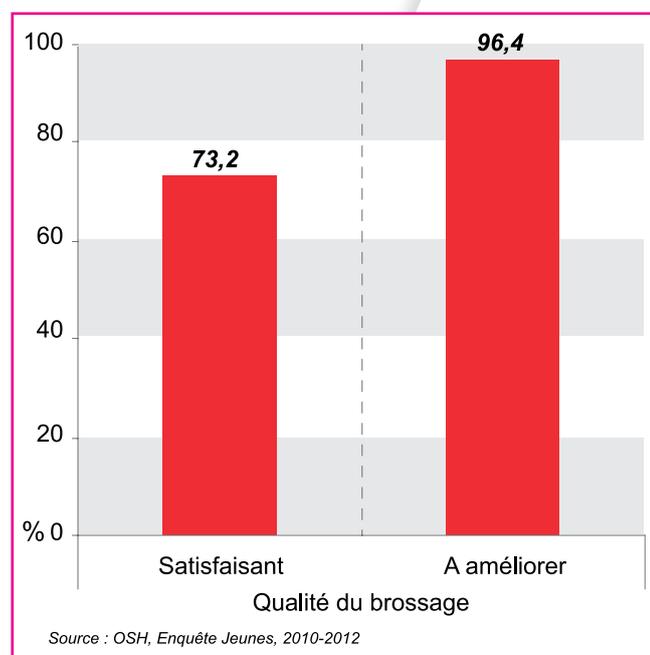
▼ Globalement, entre 2006 et 2012, la proportion de jeunes avec un bilan de brossage jugé satisfaisant par le dentiste a augmenté dans toutes les catégories d'âge et de sexe.

Néanmoins, plus de 7 jeunes sur 10 ont encore un brossage non satisfaisant. Il reste encore un effort de sensibilisation pour améliorer la qualité du brossage, particulièrement chez les plus jeunes.

En province de Luxembourg, la proportion de jeunes avec un bilan de brossage satisfaisant est plus élevée qu'en Hainaut (32 % contre 28 %). Cette différence est principalement observée chez les garçons de 13 ans (43 % contre 23 % en Hainaut).

En 2012, les jeunes qui déclarent se brosser les dents au moins deux fois par jour ont plus fréquemment un brossage jugé satisfaisant que ceux qui se brossent les dents moins souvent (27 % contre 16 %).

Figure 4.9. Problèmes gingivaux en fonction de la qualité du brossage chez les jeunes de 13 et 16 ans (N = 1 098)



► Les problèmes gingivaux sont fréquents même avec un brossage jugé satisfaisant. Ils deviennent quasi systématiques (96 %) quand le brossage est à améliorer.

## 4.5. Etat du brossage selon les facteurs socio-économiques

Tableau 4.3. Brossage à améliorer en fonction des facteurs socio-économiques

	N	%	RP
Total	1 747	71,7	-
Sexe			
Garçons	864	76,6	1,15*
Filles	883	66,8	1
Catégorie d'âge			
11 ans	649	78,9	1,23*
13 ans	500	71,4	1,11*
16 ans	598	64,1	1
Catégorie socioprofessionnelle du père			
Manuel peu qualifié	732	77,9	1,28*
Manuel qualifié	207	63,8	1,05
Employé peu ou moyennement qualifié	231	63,6	1,05
Employé qualifié ou cadre	259	60,6	1

	N	%	RP
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la mère</b>			
Femme au foyer ou étudiante	192	77,1	1,26*
Manuelle peu qualifiée	409	80,9	1,32*
Manuelle qualifiée	76	79,0	1,29*
Employée peu ou moyennement qualifiée	379	63,1	1,03
Employée qualifiée ou cadre	350	61,1	1
<b>Type de famille</b>			
Biparentale	983	68,8	1,03
Monoparentale	304	79,0	1,18*
Recomposée	232	77,6	1,16*
Garde alternée	94	67,0	1
<b>Filière scolaire (13 et 16 ans)</b>			
Transition	747	63,9	1
Qualification	331	74,3	1,16*

RP : Rapport de prévalence

\* Significatif au seuil de 5 %

Source : OSH, Enquête Jeunes, 2010-2012



*Les garçons doivent davantage améliorer le brossage de leurs dents que les filles. Les plus jeunes (11 ans) sont plus nombreux à présenter un brossage à améliorer que les plus âgés (13 et 16 ans).*

*Les jeunes dont le père est manuel peu qualifié sont plus nombreux à devoir améliorer leurs brossages des dents que les jeunes dont le père est employé qualifié ou cadre. Les jeunes dont la mère est manuelle peu qualifiée ou qualifiée ou femme au foyer sont plus nombreux à devoir améliorer leurs brossages des dents que les jeunes dont la mère est employée peu qualifiée ou qualifiée ou cadre.*

*Les jeunes qui vivent dans une famille monoparentale ou recomposée sont plus nombreux à devoir améliorer leurs brossages des dents que les jeunes qui vivent en famille biparentale ou en garde alternée.*

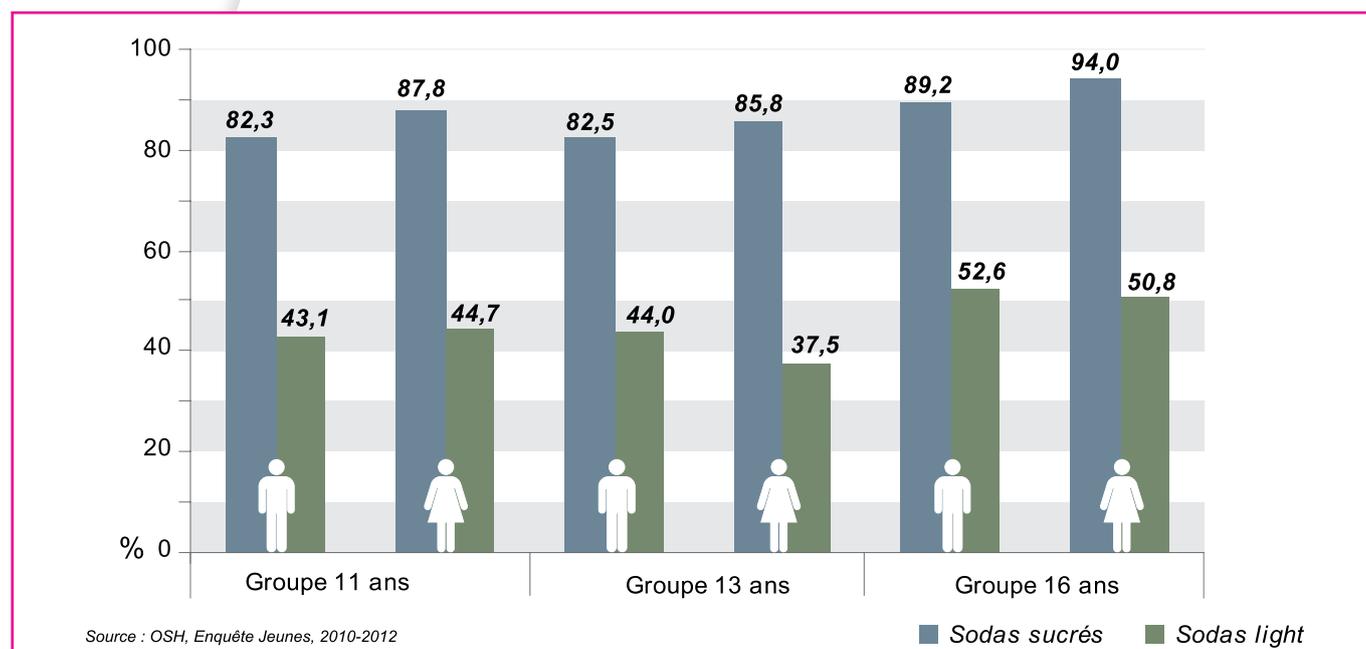
*Les jeunes qui fréquentent l'enseignement de qualification doivent davantage améliorer leur brossage de dents que les jeunes de l'enseignement de transition.*

# Chapitre 5 Consommation de sodas, consommation d'eau et santé bucco-dentaire

Le sucre présent dans les sodas et autres boissons sucrées a un effet néfaste sur la santé des dents. Par ailleurs, les sodas sucrés et light contiennent des acides (phosphorique, citrique...) qui attaquent directement l'émail des dents et favorisent la déminéralisation (décalcification des dents). Les dents sont ainsi fragilisées et le risque de carie augmente. C'est pourquoi les dentistes recommandent de privilégier l'eau pure comme boisson et de réserver les sodas, jus de fruits... pour les occasions particulières (Souriez.be).

## 5.1. Connaissance des effets de la consommation de sodas sur la santé bucco-dentaire

Figure 5.1. Proportion de jeunes qui déclarent que les sodas sucrés ou light sont mauvais pour les dents selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 568 pour les sodas sucrés et N = 1 804 pour les sodas light)



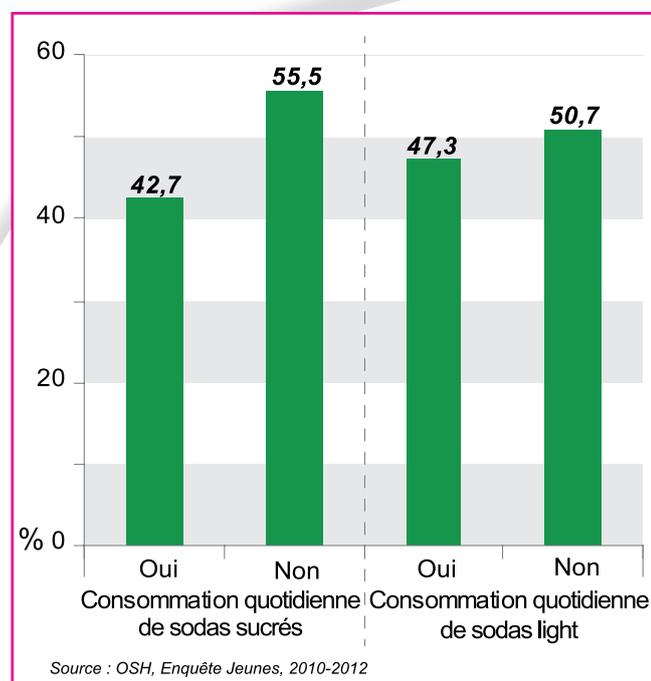
En 2012, 87 % des jeunes déclarent que boire des sodas sucrés est mauvais pour les dents ; les filles (89 %) davantage que les garçons (85 %) et les plus âgés davantage que les plus jeunes. L'effet délétère des boissons light est moins bien connu : seuls, 46 % des jeunes disent que boire des sodas light est mauvais pour les dents. D'une manière générale, cette proportion augmente avec l'âge.

En province de Luxembourg, les jeunes mentionnent plus souvent que les sodas light sont mauvais pour les dents (49 % contre 46 % en Hainaut).

En 2012, il n'y a pas de lien entre la connaissance de l'effet délétère des sodas sucrés ou light sur les dents et la consommation quotidienne de ces produits. Le niveau de connaissance est le même chez les consommateurs et les non-consommateurs quotidiens.

## 5.2. Consommation quotidienne de sodas sucrés ou light

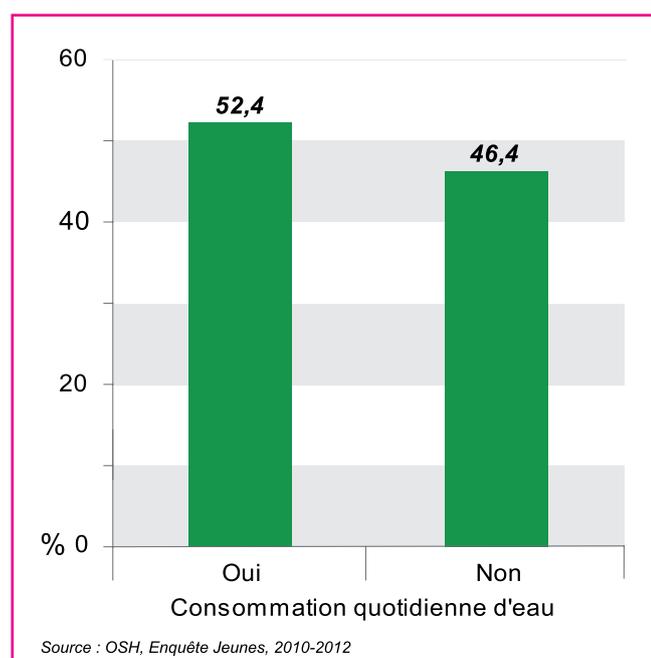
Figure 5.2. Bouche indemne de carie (indice CAO = 0) en fonction de la consommation quotidienne de sodas sucrés ou de sodas light (N = 1 662 pour les sodas sucrés et N = 1 664 pour les sodas light)



► En 2012, les jeunes qui ne consomment pas quotidiennement de sodas sucrés ont plus fréquemment une bouche indemne de carie que les consommateurs quotidiens. La différence entre les consommateurs quotidiens ou non de sodas light n'est pas significative.

## 5.3. Consommation quotidienne d'eau et accès à l'eau potable à l'école

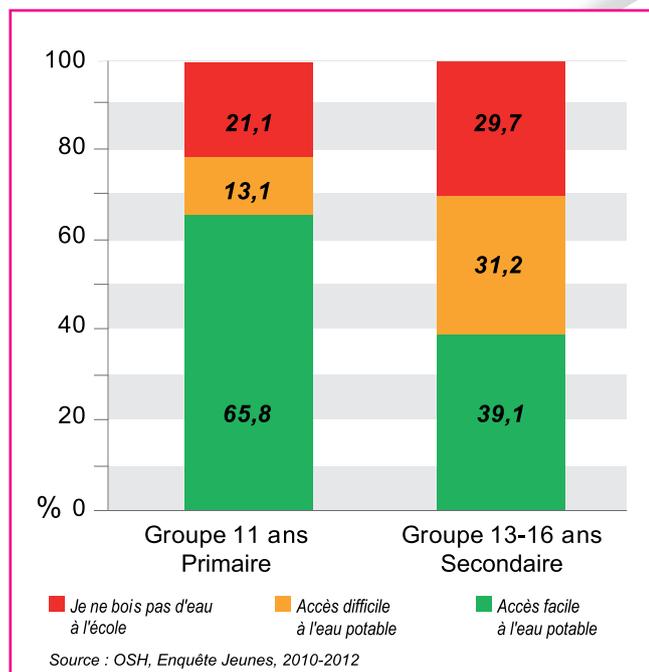
Figure 5.3. Bouche indemne de carie (indice CAO = 0) en fonction de la consommation quotidienne d'eau (N = 1 662)



► Les consommateurs quotidiens d'eau présentent plus souvent une bouche indemne de carie que les autres.

En province de Luxembourg, il y a davantage de jeunes consommateurs quotidiens d'eau qu'en Hainaut, on observe également parmi ceux-ci davantage de jeunes à bouche indemne (49 %) que les autres jeunes (41 %).

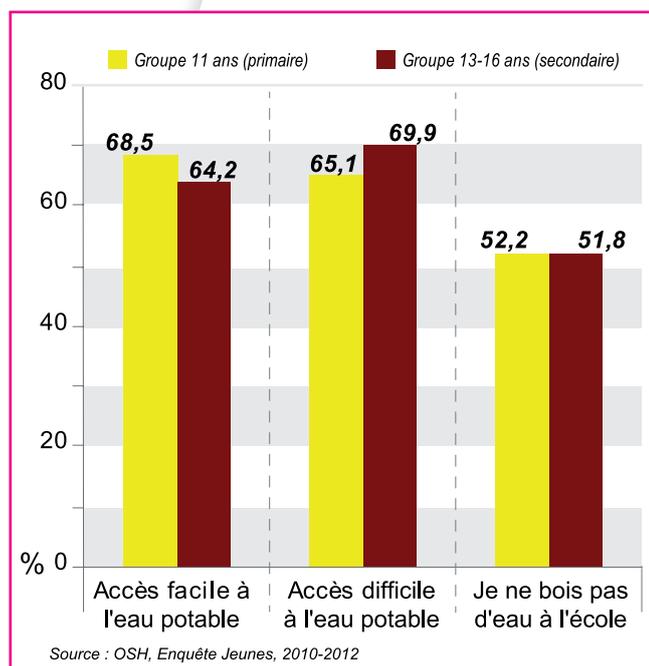
Figure 5.4. Accès à l'eau potable à l'école selon le groupe d'âge et le sexe (N = 1 786)



► En primaire, l'accès à l'eau potable est jugé facile pour deux tiers des élèves (66 %). En secondaire, par contre, la situation est moins favorable puisque 39 % des élèves ont un accès facile à l'eau potable. Ceci constitue néanmoins une amélioration par rapport à 2006 où seulement 30 % des élèves avaient un accès facile à l'eau en secondaire. Pour les écoles primaires, il n'y a pas de différence entre 2006 et 2012.

En province de Luxembourg, les jeunes déclarent plus souvent avoir facilement accès à l'eau potable à l'école que les jeunes Hainuyers aussi bien en primaire (74 % contre 66 %) qu'en secondaire (46 % contre 39 %).

Figure 5.5. Consommation quotidienne d'eau en fonction de l'accès à l'eau potable dans l'école (N = 1 778)

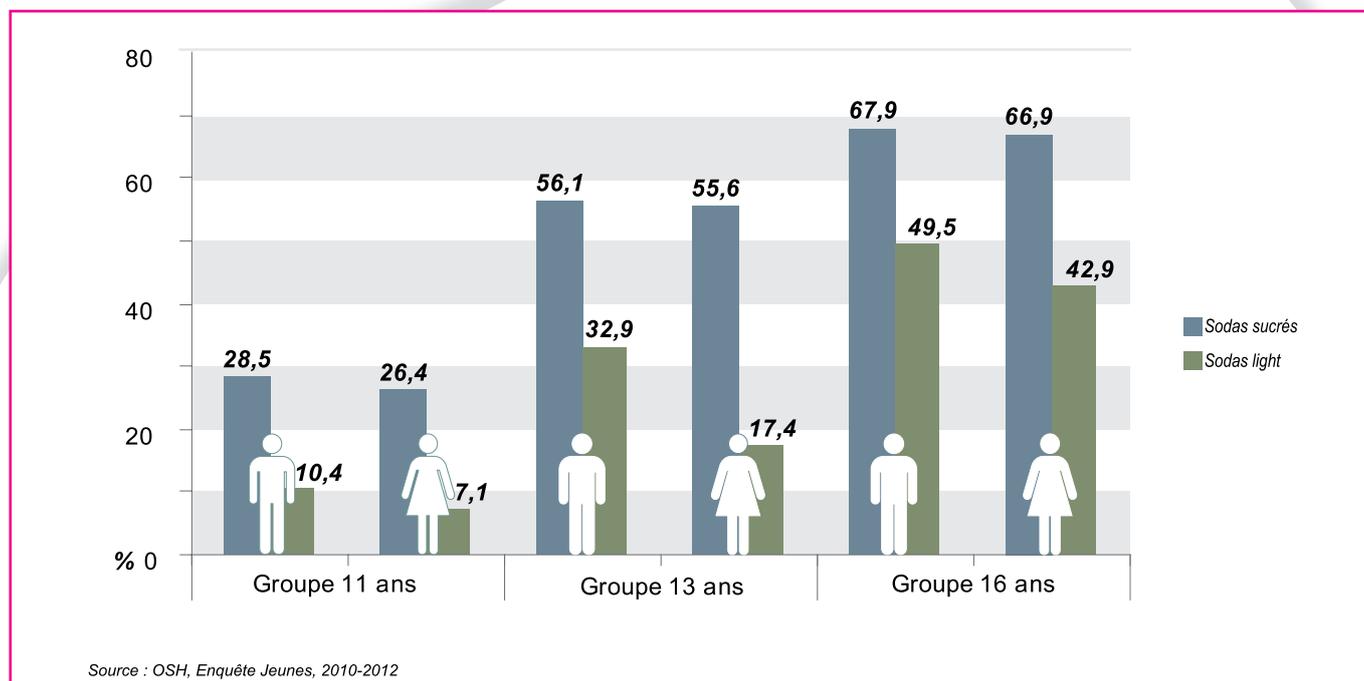


► La proportion de jeunes qui boivent quotidiennement de l'eau ne varie pas si l'accès à l'eau potable à l'école est plus difficile.

Par contre, assez logiquement, il y a moins de consommateurs quotidiens d'eau parmi les jeunes qui déclarent ne jamais boire de l'eau à l'école.

## 5.4. Attitude des parents

Figure 5.6. Autorisation des parents de consommer quotidiennement des sodas sucrés ou light selon le groupe d'âge (N = 1 792 pour les sodas sucrés et N = 1 770 pour les sodas light)

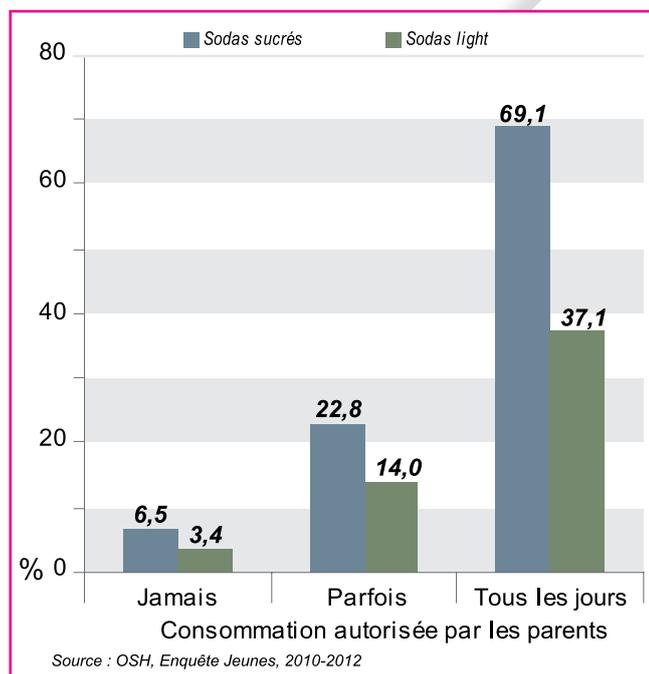


En 2012, 50 % des jeunes ont des parents qui les autorisent à consommer quotidiennement des sodas sucrés et 32 % des sodas light.

D'une manière générale, les proportions de jeunes qui déclarent que leurs parents les autorisent à consommer quotidiennement ces produits augmentent avec l'âge. Cependant, on peut se demander si, à l'adolescence, les jeunes attendent encore l'autorisation des parents pour en consommer. Ils ont aussi plus facilement accès à ces produits de manière autonome (distributeurs à l'école, achat de sodas et snacks pour le repas de midi...). Il est aussi possible que les parents suivent moins la consommation de sodas des jeunes de 16 ans que celle des plus jeunes et que les jeunes considèrent cela comme une autorisation tacite de consommation.

En province de Luxembourg, les jeunes signalent moins souvent que leurs parents sont d'accord pour qu'ils consomment quotidiennement des sodas sucrés (40 % contre 50 %) ou light (28 % contre 32 %).

Figure 5.7. **Consommation quotidienne de sodas sucrés ou light chez les jeunes de 11 ans en fonction de l'autorisation des parents de consommer ces boissons (N = 652 pour les sodas sucrés et N = 642 pour les sodas light)**



► Les données montrent que la consommation quotidienne de sodas tant sucrés que light est plus fréquente chez les jeunes de 11 ans, lorsque les parents les autorisent à consommer parfois ces boissons et encore davantage si les parents les autorisent à en consommer tous les jours.

Un lien entre autorisation parentale et consommation quotidienne de sodas sucrés ou light s'observe également chez les adolescents (13 et 16 ans), mais il est plus difficile à interpréter pour les raisons évoquées plus haut.

# & Synthèse Conclusions

La santé bucco-dentaire ne se limite pas à l'absence de pathologie dentaire ou gingivale (carie, gingivite, parodontite...). Elle dépend de l'état de santé général et l'influence à son tour. Elle concourt au bien-être grâce à la place essentielle qu'elle occupe dans la communication et participe à la création de l'image de soi.

Les résultats présentés ici montrent que les adolescents accordent une grande importance à leur sourire et au fait d'avoir des dents en bonne santé. Toutefois, presque un jeune sur 2 (47 %) pense que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé. Ils sont seulement 2 sur 5 (41 %) à avoir conscience que des problèmes dentaires peuvent engendrer d'autres problèmes de santé. Alors que, globalement, la santé bucco-dentaire des jeunes Hainuyers s'est améliorée depuis 2006, on constate paradoxalement, une diminution de la connaissance de son impact sur la santé globale.

Entre 2006 et 2012, le nombre de jeunes Hainuyers estimant avoir des dents et des gencives en bon ou très bon état a augmenté (56 % à 68 %). Cette évaluation subjective est corroborée par l'examen dentaire : chez les enfants de 12 ans, l'indice carieux (nombre de dents atteintes par la carie) moyen passe de 1,64 à 0,79. Le Hainaut a donc atteint l'objectif de l'OMS d'un indice carieux égal à 1,5 pour 2020. En matière dentaire, le Hainaut n'accuse pas de déficit par rapport à la province de Luxembourg et la Flandre. Des progrès sont néanmoins encore possibles comme le montrent les résultats de l'étude.

En 2012, un jeune sur 2 présente une bouche indemne de toute carie. Néanmoins, les atteintes importantes (5 dents ou plus atteintes par une carie) affectent un jeune sur 6 à 16 ans. Il faut toutefois noter le progrès accompli depuis 2006 où les atteintes importantes de la bouche touchaient un jeune sur 4 au même âge. Chez ces jeunes avec une atteinte majeure, de nombreuses caries ne sont pas traitées. De manière plus générale, la proportion de caries traitées en Hainaut (80 %) est moindre qu'en province de Luxembourg (85 %). Ces résultats montrent qu'il reste des efforts à faire en termes d'accès aux soins malgré le remboursement intégral des soins dentaires instauré depuis 2005 pour les moins de 12 ans et depuis 2009 pour les moins de 18 ans.

Toutes les dents n'ont pas le même risque d'atteinte carieuse. Les premières molaires (ou dents de 6 ans) et les secondes molaires (ou dents de 12 ans) sont les plus souvent atteintes. Il est important que les jeunes enfants prennent rapidement de bonnes habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire. A cette fin, des interventions à l'école maternelle devraient permettre que tous les enfants de 6 ans maîtrisent la technique du brossage et l'aient intégrée dans leur vie quotidienne.

Sur base des déclarations des jeunes, 7 jeunes sur 10 (71 %) ont consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête ; c'est davantage qu'en 2006 où ils étaient 6 sur 10 (59 %) à le déclarer. A contrario, 3 jeunes sur 10 n'ont pas consulté de dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les jeunes issus de milieux socio-économiquement les plus favorisés sont 20 % plus nombreux que ceux issus des groupes les moins favorisés à bénéficier d'une visite annuelle chez le dentiste. Les données de l'assurance maladie concernant les visites préventives chez le dentiste montrent une répartition territoriale en accord avec les résultats de cette enquête : les visites préventives sont nettement plus fréquentes dans les communes plus riches. Le remboursement intégral des soins dentaires chez les jeunes n'a donc pas suffi à effacer les inégalités de recours à la prévention.

En 2012, les jeunes sont plus nombreux qu'en 2006, à penser que la fréquence idéale de visite chez le dentiste est de deux fois par an. Néanmoins, un écart demeure entre cette connaissance et la pratique. En effet, un jeune sur 4 pour qui la fréquence idéale de visite chez le dentiste est d'au moins une fois par an déclare ne jamais consulter ou seulement consulter lorsqu'il a mal aux dents.

Lors de l'examen dentaire, la moitié des jeunes présentent un état des dents et des gencives satisfaisant, 38 % doivent consulter un dentiste et 12 % ont besoin d'un traitement immédiat principalement les plus jeunes. Neuf jeunes de 13-16 ans sur 10 ont cependant des problèmes gingivaux (saignement au sondage, gingivite, tartre, parodontite). Un jeune sur 10 affiche au moins un traumatisme sur les dents définitives, principalement les garçons.

Un peu plus d'un jeune sur 4 (27 %) a porté ou porte au moment de l'examen un appareil orthodontique. Ils sont autant (26 %) à présenter une malocclusion dentaire verticale, horizontale ou les deux. L'existence de malocclusion diminue avec l'âge montrant l'impact des traitements orthodontiques. Cependant, à 16 ans, un jeune sur 5 montre encore une malocclusion horizontale ou verticale.

Un jeune sur 6 (16 %) a une hygiène buccale parfaite (pas ou très peu de débris mous) alors qu'ils sont un sur 5 (19 %) à avoir une mauvaise hygiène buccale. Les filles ont une meilleure hygiène buccale et celle-ci s'améliore d'une manière générale avec l'âge. Depuis 2006, on constate une amélioration de l'hygiène buccale chez les plus âgés mais une dégradation chez les plus jeunes. Pourtant, plus de la moitié des jeunes (58 %) savent qu'il est nécessaire de se brosser les dents au moins deux fois par jour et presque 4 sur 5 (78 %) déclarent le faire. Un brossage régulier n'est cependant pas garant d'un brossage de qualité. En effet, durant l'examen bucco-dentaire, moins d'un jeune sur 3 (28 %) avait un bilan de brossage considéré comme satisfaisant par le dentiste. Cette proportion augmente avec l'âge et est également en progression depuis 2006.

Malgré le fait que presque 9 jeunes sur 10 (87 %) savent que les sodas sucrés sont mauvais pour les dents, cela ne semble pas avoir d'effet sur leur consommation. Les consommateurs quotidiens de sodas sucrés connaissent également davantage d'atteinte de la bouche que les consommateurs occasionnels. L'impact des sodas light sur les dents est moins connu (seulement 46 % des jeunes en sont conscients).

Les résultats mettent en avant également l'évidence des inégalités sociales sur la santé bucco-dentaire. Ils révèlent que le statut socio-économique de la famille du jeune a une influence à la fois sur l'état de sa bouche et sur ses habitudes de soin quotidien et de traitement. Ainsi, les jeunes issus d'un milieu plus défavorisé sont plus nombreux à présenter une atteinte carieuse et un brossage des dents peu satisfaisant. Ils sont moins nombreux à rendre visite au moins une fois par an à un dentiste et à recevoir un traitement orthodontique. Ils ont également plus souvent une bouche avec des atteintes qui demanderaient un traitement immédiat chez le dentiste.

Comme pour d'autres domaines de la santé, la réduction des inégalités sociales ne peut qu'améliorer la santé de la population. En parallèle, les efforts de promotion de la santé bucco-dentaire doivent accorder une attention particulière aux jeunes des milieux socio-économiquement moins favorisés.

Pour être efficace, une approche globale impliquant en premier lieu les parents est essentielle. En effet, ce sont eux qui peuvent inculquer de bonnes habitudes dès la petite enfance (brossage régulier et efficace des dents, consommation régulière d'eau) et accompagner leur enfant chez le dentiste au moins deux fois par an.

Le remboursement intégral des soins dentaires des jeunes de moins de 18 ans est un facteur important mais insuffisant pour garantir un recours généralisé aux soins préventifs. Il doit être impérativement intégré à un ensemble d'autres éléments facilitant l'accès à la santé dentaire. En effet, tous les jeunes ne profitent pas de cette mesure. Outre le manque d'information de certaines familles, la nécessité d'avancer l'argent et de se faire rembourser ultérieurement par la mutuelle (même si certains dentistes pratiquent le tiers payant<sup>(2)</sup>), le peu d'importance accordée à l'hygiène et la santé bucco-dentaire et plus globalement, à la prévention sont autant de freins à l'adoption d'habitudes favorables à la santé et en particulier, à la consultation préventive régulière chez le dentiste.

Il faut donc, outre l'accessibilité financière, sensibiliser les parents et les jeunes à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et à l'utilité de la consultation préventive afin que les jeunes n'attendent plus de souffrir de maux de dents pour consulter en urgence un dentiste.

Outre des projets spécifiques, la promotion de la santé dentaire peut être intégrée dans des projets qui abordent la santé physique (hygiène, collations saines, consommation d'eau...) ; la santé sociale (relations avec les autres...) et la santé mentale (estime de soi, image de soi...).

## Recommandations pour une bonne santé bucco-dentaire (Souriez.be)

- Se brosser les dents.
  - Dès l'apparition des premières dents,
    - les parents brosseront les dents des jeunes enfants et garderont une supervision jusqu'à une autonomie suffisante.
  - 2 fois par jour :
    - pendant 3 minutes,
    - le matin,
    - le soir avant le coucher,
    - avec un dentifrice au fluor adapté à l'âge,
    - avec une brosse à dent adaptée à l'âge,
    - avec du fil dentaire ou des brossettes interdentaires (en cas de traitement orthodontique).
- Consulter le dentiste deux fois par an dès l'apparition des premières dents, même en l'absence de douleur ou de problème avéré.
  - Ces visites préventives permettent entre autres :
    - de déceler une carie dès son apparition,
    - de poser des scellements (vernis protecteur),
    - d'orienter vers un orthodontiste,
    - d'effectuer un détartrage si nécessaire.
  -  Les soins dentaires sont entièrement remboursés par la mutuelle jusqu'à l'âge de 18 ans. Certains dentistes pratiquent le tiers payant.
- Adopter une alimentation équilibrée :
  - privilégier l'eau pure comme boisson,
  - éviter le grignotage et les boissons sucrées entre les repas.

# Annexe 1 Méthode d'enquête

## I. Réseau des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV)

En 1997, l'OSH réalise sa première enquête épidémiologique auprès des jeunes Hainuyers. Le constat est double : d'une part, les jeunes présentent déjà des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et, d'autre part, les facteurs socio-économiques agissent comme des déterminants de la santé des jeunes.

L'OSH sollicite alors les centres de santé scolaire (services PSE et centres PMS de la FWB) pour créer le réseau des CSSV afin d'assurer un suivi épidémiologique de la santé des jeunes scolarisés dans la province du Hainaut. Initialement le réseau comptait 10 centres. En 2012, il en compte 24 répartis sur 32 implantations. Ils couvrent l'ensemble de la province du Hainaut et relèvent des différents réseaux d'enseignement.

Périodiquement, l'OSH réalise une enquête dans le cadre du réseau CSSV. Environ 1 200 jeunes de 6<sup>e</sup> primaire, 2<sup>e</sup> secondaire et 4<sup>e</sup> secondaire sont interrogés et passent un examen biométrique (mesure du poids, de la taille, du tour de taille et de la tension artérielle). Le questionnaire comporte deux volets : le premier reprend les questions de suivi épidémiologique (état de santé subjective, satisfaction par rapport à son corps, souhait de maigrir, sommeil, plaintes de santé, consommation de soins, comportements de santé, en termes d'alimentation, d'activité physique, d'activités de loisirs, de consommation de tabac, d'alcool et de drogue et contexte socio-économique du jeune) et le second traite un thème spécifique.

Les thèmes spécifiques qui ont déjà été investigués sont : les assuétudes (2000-2001), le bien-être (2001-2002), la sexualité et la contraception (2002-2003 et 2009-2010), la santé bucco-dentaire (2005-2006 et 2010-2011-2012), l'alcool (2007-2008-2009), l'asthme et les allergies (2006-2007).

## 2. Enquête sur le thème de la santé bucco-dentaire de 2010-2012

### Protocole

Lors de ces enquêtes, nous utilisons des questionnaires auto-administrés pour chaque niveau scolaire. Certaines questions peuvent être posées chez les plus âgés et pas chez les plus jeunes selon que l'on considère la question pertinente ou non pour certains âges.

Le protocole et les questionnaires ont été validés par le comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire Tivoli de La Louvière. Ils sont calqués sur ceux de l'enquête sur la santé bucco-dentaire réalisée dans les mêmes conditions en 2005-2006.

Les enquêtes ont été menées par du personnel de l'OSH dans les centres de santé scolaire lors de la visite médicale.

Les parents étaient informés de l'enquête et pouvaient s'opposer par écrit à ce que leur enfant s'y soumette.

L'enquête s'est déroulée en deux temps : l'examen bucco-dentaire et la passation du questionnaire lors de la visite médicale. Maximum deux semaines avant la visite médicale scolaire, une équipe de la Fondation pour la Santé Dentaire (FSD) s'est rendue, sous l'égide des centres de santé scolaire, directement à l'école pour examiner les enfants de la classe sélectionnée dans l'échantillon. Cette équipe était constituée d'un dentiste et d'une assistante chargée de l'encodage informatique immédiat des résultats.

Les dentistes ont été supervisés par un responsable de la FSD lors de la première matinée d'examen et puis de manière sporadique. Un contrôle inter-examineurs a été organisé.

Le matériel utilisé consiste en une chaise de dentisterie transportable, un éclairage led frontal. Le dentiste utilise un masque et des gants en matière synthétique non allergisante. Chaque dentiste dispose d'un jeu de miroirs et d'instruments stérilisés après chaque usage selon les règles de l'art utilisées au cabinet.

La seconde partie de l'enquête, le questionnaire et les mesures de biométrie, s'est déroulée dans les centres de santé scolaire, à l'occasion de la visite médicale.

### Indices utilisés

Le temps consacré pour l'examen de la bouche était, en moyenne, de dix minutes par élève. Il a été fait le choix des indices les plus pertinents à récolter dans le cadre de cette étude épidémiologique (les objectifs sont différents de ceux d'un examen dentaire individuel).

Les indices qui ont été retenus sont largement employés dans la littérature internationale et permettent ainsi des comparaisons avec d'autres données.

Il s'agit des indices ICDAS (International Caries Detection and Assessment System), CAO (indice carieux par face dentaire), CAOD (indice carieux par dent), DPSI (Dutch Periodontal Screening Index), variante belgo-néerlandaise du CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) de l'OMS pour décrire l'état des gencives et la présence de tartre et l'indice OHI-S DI (Oral Hygiene Index - Simplified) pour évaluer la présence de débris mous. Les problèmes d'orthodontie (traitement et malocclusion), la présence de scellements et de traumatismes sont également détectés.

Pour assurer la comparaison partielle avec les résultats de l'examen 2005-2006, une conversion de l'indice ICDAS vers l'indice CAO a été faite.

Le dentiste qui réalise l'examen dentaire donne un avis sur la nécessité de consulter un dentiste et sur l'appréciation de la qualité du brossage. Cet avis a été transmis avec les résultats de la visite médicale scolaire aux parents des jeunes examinés.

### Echantillon

L'annexe suivante donne une présentation détaillée de l'échantillon de l'enquête 2010-2012 et de l'enquête 2005-2006.

# Annexe 2

## Présentation détaillée de l'échantillon

Tant dans l'enquête 2005-2006 que dans celle de 2010-2012, les jeunes sont interrogés sur base de leur appartenance à une classe. Pour chaque niveau d'étude, un échantillon d'au moins 400 élèves est constitué. Les classes sont sélectionnées selon la méthode de l'échantillonnage en grappes, stratifiées sur base :

- de la classe (6<sup>e</sup> primaire ; 2<sup>e</sup> secondaire ; 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire en 2005-2006 et 4<sup>e</sup> secondaire en 2010-2012) ;
- du réseau d'enseignement : communal-provincial (regroupés), FWB, libre ;
- de l'importance de la population scolaire par arrondissement ;
- pour le secondaire, du type d'enseignement : enseignement de transition (général, ou technique), enseignement de qualification (technique ou professionnel).

En 2005-2006, l'enseignement de transition représente les classes de 2<sup>e</sup> générale, 5<sup>e</sup> générale et 5<sup>e</sup> technique de transition et l'enseignement de qualification, les classes de 2<sup>e</sup> professionnelle, 4<sup>e</sup> technique de qualification et 4<sup>e</sup> professionnelle. En 2010-2012, l'enseignement de transition représente les classes de 2<sup>e</sup> commune, 4<sup>e</sup> générale et 4<sup>e</sup> technique de transition et l'enseignement de qualification, les classes de 2<sup>e</sup> professionnelle, 4<sup>e</sup> technique de qualification et 4<sup>e</sup> professionnelle.

Le nombre de classes dans chaque catégorie est proportionnel aux populations scolaires de la catégorie. L'échantillon de 2005-2006 a été élaboré à partir des données de population scolaire de l'année académique 2003-2004 et celui de 2010-2012 à partir des données de 2007-2008. Aussi, avons-nous choisi de comparer l'échantillon à ces populations.

Les établissements sont tirés au hasard. Au sein de l'établissement, c'est le CSSV qui choisit une classe en fonction du calendrier de passage à la visite médicale.

Tableau A2.1. Echantillons

	Enquête 2005-2006			Enquête 2010-2012		
	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre de jeunes	Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre de jeunes
6 <sup>e</sup> primaire	27	27	382	42	42	688
2 <sup>e</sup> secondaire	24	25	451	37	38	623
4 <sup>e</sup> secondaire	25	29	356	38	43	578
Total	72	81	1 189	117	123	1 889

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼  
L'échantillon de l'enquête réalisée en 2005-2006 comportait 1 189 participants et celui de l'enquête de 2010-2012, 1 889.

Nous ne disposons pas des chiffres de population scolaire par année d'étude. Par conséquent, les

chiffres exploités pour l'échantillonnage correspondent à l'ensemble des élèves du primaire (6 années) pour l'échantillon de 6<sup>e</sup> primaire, au 1<sup>er</sup> degré (1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> années) du secondaire pour l'échantillon de 2<sup>e</sup> secondaire, au cumul du 2<sup>e</sup> degré (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>) de qualification et du 3<sup>e</sup> degré (5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup>) de transition pour l'échantillon de 4<sup>e</sup> secondaire de 2005-2006 et au 2<sup>e</sup> degré (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années) du secondaire pour l'échantillon de 4<sup>e</sup> secondaire de 2010-2012.

Tableau A2.2. Répartition des jeunes du secondaire en fonction de la filière d'enseignement

Filière d'enseignement	Enquête 2005-2006				Enquête 2010-2012			
	Hainaut		Echantillon		Hainaut		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2 <sup>e</sup> secondaire	34 901	100,0	451	100,0	31 288	100,0	623	100,0
Enseignement de transition	30 264	86,7	363	80,5	26 843	85,8	530	85,1
Enseignement de qualification	4 637	13,3	88	19,5	4 445	14,2	93	14,9
4 <sup>e</sup> secondaire	31 180	100,0	356	100,0	37 006	100,0	578	100,0
Enseignement de transition	13 240	42,5	203	57,0	18 637	50,4	280	48,4
Enseignement de qualification	17 940	57,5	153	43,0	18 369	49,6	298	51,6
Total	66 081	100,0	807	100,0	68 294	100,0	1 201	100,0
Enseignement de transition	43 504	65,8	566	70,1	45 480	66,6	810	67,4
Enseignement de qualification	22 577	34,2	241	29,9	22 814	33,4	391	32,6

Sources : Hainaut : Fédération Wallonie-Bruxelles, statistiques des populations scolaires 2003-2004 et 2007-2008

Echantillon : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012



En 2005-2006, l'enseignement de qualification est surreprésenté dans l'échantillon de 2<sup>e</sup> secondaire et sous-représenté dans l'échantillon de 4<sup>e</sup> secondaire.

En 2010-2012, l'échantillon est représentatif des filières scolaires tant pour la 2<sup>e</sup> que pour la 4<sup>e</sup> secondaire.

Tableau A2.3. Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement

	Enquête 2005-2006				Enquête 2010-2012			
	Hainaut		Echantillon		Hainaut		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enseignement primaire	90 713	100,0	382	100,0	91 156	100,0	688	100,0
Communal/Provincial	43 073	47,5	177	46,3	43 600	47,8	299	43,5
Libre	40 004	44,1	158	41,4	40 620	44,6	269	39,1
Fédération Wallonie-Bruxelles	7 636	8,4	47	12,3	6 936	7,6	120	17,4
Enseignement secondaire ‡	66 081	100,0	807	100,0	68 294	100,0	1 201	100,0
Communal/Provincial	11 125	16,8	188	23,3	11 192	16,4	301	25,1
Libre	37 174	56,3	458	56,7	39 943	58,5	730	60,8
Fédération Wallonie-Bruxelles	17 782	26,9	161	20,0	17 159	25,1	170	14,1
	Enquête 2005-2006				Enquête 2010-2012			

	Hainaut		Echantillon		Hainaut		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	156 794	100,0	1 189	100,0	159 450	100,0	1 889	100,0
Communal/Provincial	54 198	34,6	365	30,7	54 792	34,4	600	31,8
Libre	77 178	49,2	616	51,8	80 563	50,5	999	52,9
Fédération Wallonie-Bruxelles	25 418	16,2	208	17,5	24 095	15,1	290	15,4

‡ Pour 2005-2006 : enseignement secondaire = 1<sup>er</sup> degré + 2<sup>e</sup> degré qualification + 3<sup>e</sup> degré transition

Pour 2010-2012 : enseignement secondaire = 1<sup>er</sup> degré + 2<sup>e</sup> degré

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼  
Pour le primaire, l'enseignement de la FWB est surreprésenté en 2010-2012. Pour le secondaire, l'enseignement communal et provincial est surreprésenté, tant en 2005-2006 qu'en 2010-2012, au détriment de l'enseignement de la FWB.

Tableau A2.4. Répartition des jeunes selon le sexe et le niveau scolaire

	Enquête 2005-2006				Enquête 2010-2012			
	Hainaut		Echantillon		Hainaut		Echantillon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
6 <sup>e</sup> primaire	90 713	100,0	382	100,0	91 156	100,0	688	100,0
Garçons	46 101	50,8	208	54,5	46 153	50,6	325	47,2
Filles	44 612	49,2	174	45,5	45 003	49,4	363	52,8
2 <sup>e</sup> secondaire	34 901	100,0	451	100,0	31 288	100,0	623	100,0
Garçons	17 800	51,0	232	51,4	16 182	51,7	312	50,1
Filles	17 101	49,0	219	48,6	15 106	48,3	311	49,9
4 <sup>e</sup> secondaire	31 180	100,0	356	100,0	37 006	100,0	578	100,0
Garçons	15 932	51,1	192	53,9	18 811	50,8	300	51,9
Filles	15 248	48,9	164	46,1	18 195	49,2	278	48,1
Total	156 794	100,0	1 189	100,0	159 450	100,0	1 889	100,0
Garçons	79 833	50,9	632	53,2	81 146	50,9	937	49,6
Filles	76 961	49,1	557	46,8	78 304	49,1	952	50,4

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼  
L'unité d'échantillonnage est la classe. La répartition des jeunes entre les sexes ne peut donc être contrôlée qu'a posteriori. Globalement, les échantillons des deux enquêtes sont représentatifs excepté pour les garçons de 6<sup>e</sup> primaire pour lesquels on constate une légère surreprésentation en 2005-2006 et une légère sous-représentation en 2010-2012.

Pour l'analyse et la présentation des résultats, les jeunes sont regroupés en fonction de leur âge au

moment de l'enquête. Trois groupes d'âge sont définis : le groupe des 11 ans regroupant les jeunes de 10, 11, 12 ans, le groupe des 13 ans pour les jeunes de 13 et 14 ans et le groupe des 16 ans qui reprend les 15, 16 et 17 ans. Les jeunes de moins de 10 ans et ceux de 18 ans et plus sont exclus de l'analyse.

Tableau A2.5. **Groupes d'âge selon le sexe**

Groupes d'âge	Enquête 2005-2006						Enquête 2010-2012					
	Garçons		Filles		Total		Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11 ans	196	55,1	160	44,9	356	100,0	322	47,4	358	52,6	680	100,0
13 ans	217	51,5	204	48,5	421	100,0	271	49,8	273	50,2	544	100,0
16 ans	219	53,2	193	46,8	412	100,0	344	51,7	321	48,3	665	100,0
Total	632	53,2	557	46,8	1 189	100,0	937	49,6	952	50,4	1 889	100,0

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼ Dans le groupe des jeunes de 11 ans, la proportion de garçons est plus faible en 2010-2012 qu'en 2005-2006 et inversement, pour la proportion de filles.

Pour les indicateurs les plus pertinents, une analyse des liens avec les facteurs socio-économiques a été réalisée. Le contexte socio-économique du jeune est appréhendé à partir des indicateurs repris dans le tableau suivant, indicateurs issus du questionnaire et choisis parce que les jeunes peuvent y répondre avec une certaine fiabilité.

Tableau A2.6. **Répartition des jeunes en fonction des facteurs socio-économiques**

	Enquête 2005-2006		Enquête 2010-2012	
	N	%	N	%
<b>Type de famille</b>				
Biparentale	774	67,0	1 051	60,1
Monoparentale	212	18,4	341	19,5
Recomposée	137	11,9	257	14,7
Garde alternée	32	2,8	100	5,7
<b>Nombre de parents qui travaillent</b>				
2 parents	581	53,0	985	59,2
1 parent	388	35,4	533	32,0
0 parent	127	11,6	147	8,8

	Enquête 2005-2006		Enquête 2010-2012	
	N	%	N	%
<b>Catégorie socioprofessionnelle du père ‡</b>				
Manuel peu qualifié	571	53,0	799	51,9
Manuel qualifié	150	13,9	223	14,5
Employé peu ou moyennement qualifié	190	17,6	249	16,2
Employé qualifié ou cadre	166	15,4	268	17,4
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la mère ‡</b>				
Au foyer ou étudiante	167	16,5	212	14,0
Manuelle peu qualifiée	345	34,0	458	30,2
Manuelle qualifiée	91	9,0	79	5,2
Employée peu ou moyennement qualifiée	203	20,0	404	26,6
Employée qualifiée ou cadre	208	20,5	366	24,1
<b>Filière d'enseignement (13 et 16 ans)</b>				
Enseignement de transition	516	63,9	810	67,4
Enseignement de qualification	291	36,1	391	32,6

‡ L'attribution de la catégorie socioprofessionnelle du père et de la mère a été quelque peu modifiée entre l'enquête de 2005-2006 et l'enquête de 2010-2012.

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

# Annexe **3** Méthodes d'analyse

Ce document est consacré à la présentation des résultats de l'enquête menée en 2010-2012 sur la santé bucco-dentaire des jeunes Hainuyers et de l'évolution par rapport à ceux de l'enquête de 2005-2006 ; les résultats détaillés de l'enquête 2005-2006 ayant déjà fait l'objet d'une publication (OSH, 2007).

La situation la plus récente est décrite de façon détaillée à partir des statistiques descriptives habituelles (fréquence, moyenne...). Les résultats sont présentés globalement pour l'ensemble des jeunes et/ou selon le groupe d'âge et le sexe. Ils sont ensuite comparés aux résultats de la première enquête.

Des indicateurs synthétiques ont été créés à partir des indicateurs mesurés lors de l'examen bucco-dentaire. Ces indicateurs font l'objet d'encart méthodologique lorsqu'ils sont abordés.

Par ailleurs, les indicateurs les plus pertinents ont fait l'objet d'une analyse en fonction des facteurs socio-économiques (analyse univariée du lien entre l'indicateur et chacun des facteurs socio-économiques retenus). L'indicateur a été dichotomisé de façon à isoler la caractéristique étudiée. Les résultats sont présentés en termes de rapport de prévalence.

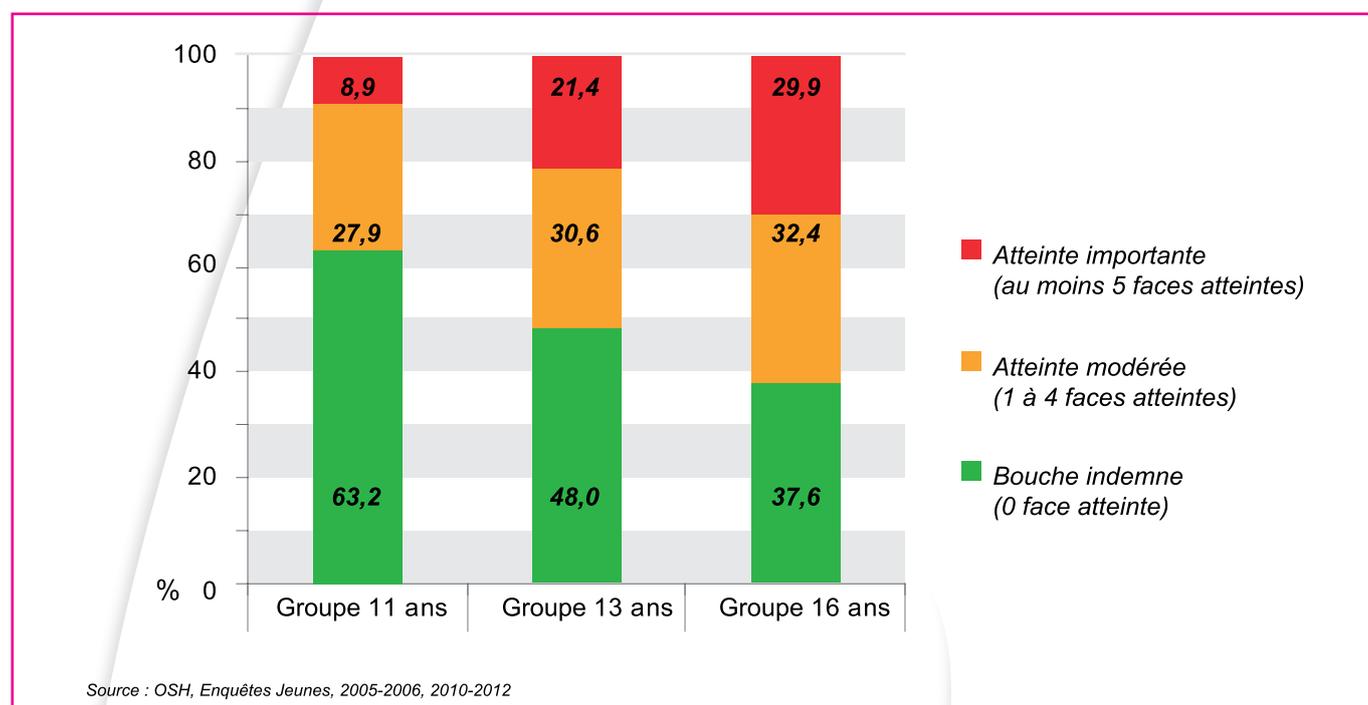
La signification statistique des différences a été testée par un chi carré de Pearson. Pour chaque test, le seuil de significativité était de 5 %. D'une manière générale, seuls les résultats significatifs sont présentés dans cette publication sauf si l'absence de significativité mérite d'être soulignée.

# Annexe 4 Analyse détaillée de l'état de la bouche par face dentaire

L'analyse détaillée de l'état de la bouche par face dentaire repose sur l'indice CAOOF qui indique le nombre de faces affectées par la maladie carieuse ; soit que la face soit cariée (C), absente (A) à cause d'une carie ou obturée (O). Il a une valeur maximale de 128 (Klein, 1940).

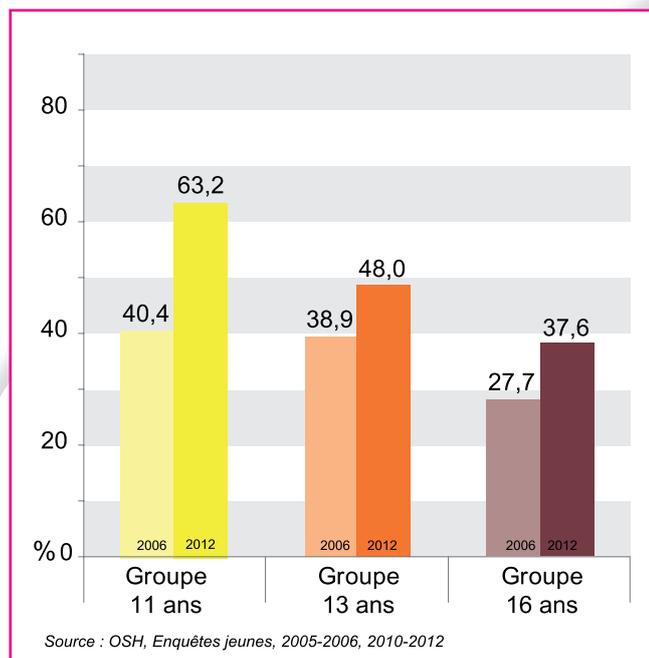
Lorsque la bouche est indemne de carie, l'indice CAOOF vaut 0. On parle de bouche atteinte de façon modérée lorsque le CAOOF est compris entre 1 et 4, c'est-à-dire si la bouche comporte entre 1 et 4 faces de dents atteintes par la carie et d'atteinte importante lorsque le CAOOF vaut 5 ou plus.

Figure A4.1. Etat de la bouche (indice CAOOF) selon le groupe d'âge (N = 1 747)



En 2012, 50 % des jeunes ont une bouche indemne de carie, autant les filles (48 %) que les garçons (52 %). Par contre, avec l'avancée en âge on constate que de moins en moins de jeunes présentent une bouche indemne et la proportion de jeunes qui montrent une atteinte de la bouche augmente passant de 37 % à 11 ans à 62 % à 16 ans et ceci aussi bien chez les filles que chez les garçons. L'importance de l'atteinte augmente aussi avec l'âge. Ainsi à 16 ans, 30 % des jeunes présentent au moins 5 faces atteintes par la carie.

Figure A4.2. Evolution de la bouche indemne (indice CAO = 0) selon le groupe d'âge



► Entre 2006 et 2012, on constate une augmentation de la proportion de jeunes qui ont une bouche indemne de carie passant de 35 % à 50 %. Cette augmentation se retrouve à tous les âges.

En province de Luxembourg, moins de jeunes présentent une bouche indemne de carie 47 % contre 50 % en Hainaut, cette différence se marque principalement chez les jeunes de 16 ans, 31 % des jeunes présentent une bouche indemne contre 38 % en Hainaut.

Tableau A4.1. Evolution de la valeur moyenne de l'indice CAO et de ses composantes selon le groupe d'âge

	Groupe 11 ans		Groupe 13 ans		Groupe 16 ans	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Nombre de faces atteintes (Indice CAO)	2,61	1,29	3,65	2,61	4,85	3,91
Nombre de faces cariées non traitées (Indice C)	1,44	0,32	1,81	0,74	1,83	0,71
Nombre de faces absentes (Indice A)	0,02	0,05	0,23	0,27	0,37	0,51
Nombre de faces obturées (Indice O)	1,33	0,93	1,77	1,65	2,91	2,73
Proportion de caries traitées (Indice de restauration)	0,48	0,79	0,53	0,75	0,61	0,84

Source : OSH, Enquêtes Jeunes, 2005-2006, 2010-2012

▼  
En 2012, la valeur moyenne de l'indice CAO est de 1,29 à 11 ans et augmente avec l'âge pour atteindre 3,91 à 16 ans, ce qui correspond à une atteinte modérée. Chaque composant de l'indice CAO augmente également avec l'âge. En particulier, l'indice carieux passe de 0,32 à 11 ans à 0,72 à 13-16 ans.

La diminution de l'indice CAO observée entre 2006 et 2012 se répercute essentiellement sur l'indice C : le nombre de faces atteintes cariées non traitées diminue dans les trois groupes d'âge. Par contre, le nombre de faces absentes pour carie a tendance à augmenter et le nombre de faces obturées également.

En province de Luxembourg, on constate des indices de CAOOF semblables à ceux du Hainaut pour les jeunes de 11 et 13 ans ; par contre chez les jeunes de 16 ans le CAOOF est plus élevé qu'en Hainaut (5,0 contre 3,91). Tout comme pour le Hainaut, les différentes composantes augmentent avec l'âge. L'indice carieux augmente principalement entre 13 et 16 ans passant de 0,38 à 0,68. L'indice de restauration reste stable avec l'avancée en âge et est de 85 %.

L'analyse par face dentaire a permis de montrer que toutes les dents ne présentent pas le même risque d'être touchées par la carie. La dent de 6 ans, première molaire qui apparaît vers l'âge de 6 ans, est la dent la plus fréquemment atteinte suivie des deuxièmes molaires.

Ces résultats sont présentés au paragraphe 2.3.4.

# Annexe 5 Indice DPSI

L'indice Dutch Periodontal Screening Index (indice DPSI) (*SBP*) décrit, d'une part, l'état des gencives et de l'os qui soutient les dents et, d'autre part, la présence de tartre.

Lors de l'examen dentaire, le dentiste examine la bouche par sextant. Il détecte la présence de saignement au sondage, la présence de tartre et de parodontite et attribue à chaque sextant, une valeur allant de 0 à 4. La signification de ces valeurs et le traitement conseillé correspondant sont repris dans le tableau A5.1.

C'est l'indice DPSI le plus élevé atteint sur un des sextants au moins qui détermine l'indice DPSI de la bouche.

Figure A5.1. Analyse de la bouche par sextant

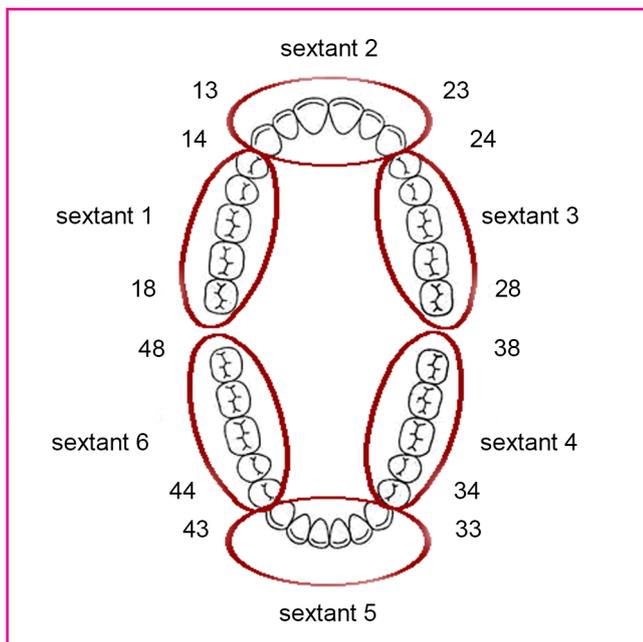


Tableau A5.1. Valeur de l'indice DPSI et traitement conseillé

0	Gencive saine, aucun traitement n'est nécessaire.
1	Saignement au sondage. Le brossage dentaire et le nettoyage interdentaire doivent être améliorés.
2	Tartre. Un détartrage est nécessaire.
3	Parodontite. Un examen complémentaire doit être fait.
4	Risque de perte de dents. Un examen et un traitement approfondis doivent être envisagés.

Source : Greene, 1960

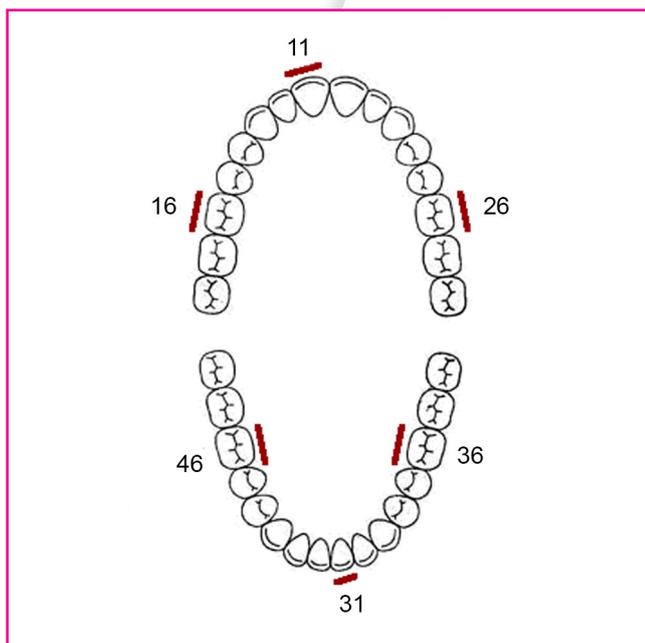
# Annexe 6 **Indice OHI-S DI**

L'indice Oral Health Index Simplified (indice OHI-S) (Greene, 1964) permet d'évaluer l'hygiène buccale et en particulier, la présence de débris mous (indice OHI-S DI).

Lors de l'examen bucco-dentaire, le dentiste analyse la présence de débris mous sur chacune des six faces de dent de référence. Celles-ci sont représentées sur la figure A6.1.

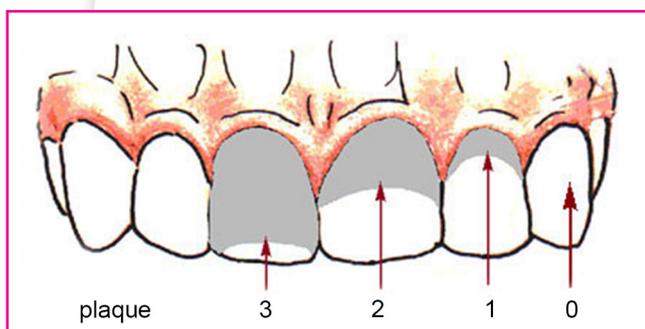
Le dentiste attribue, à chacune des six faces, une valeur de l'indice OHI-S DI allant de 0 à 3. La signification de ces valeurs est expliquée sur la figure A6.2.

Figure A6.1. **Faces dentaires étudiées pour évaluer l'indice OHI-S**



Source : <https://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Simplified-Oral-Hygiene-Index--OHI-S/>

Figure A6.2. **Signification des valeurs de l'indice OHI-S DI**



Score 0	Pas de dépôt.
Score 1	Léger dépôt ne recouvrant pas plus d'1/3 de la surface de la dent ou coloration.
Score 2	Léger dépôt recouvrant plus d'1/3 mais pas plus de 2/3 de la surface de la dent.
Score 3	Léger dépôt recouvrant plus de 2/3 de la surface de la dent.

# Abréviations

4 <sup>e</sup> G	Classe de 4 <sup>e</sup> secondaire générale
4 <sup>e</sup> TTR	Classe de 4 <sup>e</sup> secondaire technique de transition
5 <sup>e</sup> TQ	Classe de 5 <sup>e</sup> secondaire technique de qualification
5 <sup>e</sup> P	Classe de 5 <sup>e</sup> secondaire professionnelle
ADC	Association Dentaire Canadienne
C	Canine
CAOD	Indice carieux par dent (C=cariée ; A = Absente ; O = Obturée ; D = Dent)
CAOF	Indice carieux par face dentaire (C=cariée ; A = Absente ; O = Obturée ; F = Face)
CIE	Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie
CPITN	Community Periodontal Index of Treatment Needs
CSSV	Centre de Santé Scolaire Vigies
DG Sanco	Direction Générale de la Santé et des Consommateurs
DGSIE	Direction générale Statistique et Information économique
DPSI	Dutch Periodontal Screening Index
FDI	Fondation Dentaire Internationale
FSD	Fondation pour la Santé Dentaire - Société de Médecine Dentaire asbl
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
HAS	Haute Autorité de Santé - France
I	Incisive
ICDAS	International Caries Detection and Assessment System
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
M	Molaire
M1, M2	Première molaire, deuxième molaire
N	Nombre de répondants (Effectif)
OHI-S	Oral Hygiene Index – Simplified
OHI-S DI	Oral Hygiene Index – Simplified (débris mous)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
OSL	Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
P	Prémolaire
PMS	Psycho-médico-social
PSE	Promotion santé à l'école
RP	Rapport de prévalence
SBP	Société Belge de Parodontologie
SPF	Service public fédéral
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

# Table des illustrations graphiques

## Introduction

Carte 1.	Revenu médian par déclaration, par commune, Hainaut, 2012 . . . . .	6
Carte 2.	Jeunes de 3 à 17 ans qui ont bénéficié de soins dentaires préventifs au moins 2 années sur une période de 3 ans, par commune, Hainaut, 2010-2012. . . . .	6

## Chapitre 1. Représentations de la santé bucco-dentaire

Tableau 1.1.	Éléments importants dans le sourire selon le groupe d'âge . . . . .	7
Figure 1.1.	Auto-évaluation de l'état des dents et des gencives selon le groupe d'âge . . . . .	8
Figure 1.2.	Evolution du (très) bon état subjectif des dents et des gencives selon le groupe d'âge et le sexe. . . . .	8
Figure 1.3.	Maux de dents réguliers (assez souvent ou souvent) au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	9
Figure 1.4.	Evolution de la proportion des jeunes qui considèrent que les problèmes dentaires sont moins importants que les autres problèmes de santé selon le sexe . . . . .	10
Figure 1.5.	Jeunes qui ne pensent pas qu'avoir des problèmes dentaires puisse provoquer d'autres problèmes de santé, selon le sexe . . . . .	10

## Chapitre 2. Etat de santé bucco-dentaire

Figure 2.1.	Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir déjà eu une carie selon le groupe d'âge . . . . .	11
Figure 2.2.	Evolution du nombre moyen de dents atteintes par carie (indice CAOD moyen) chez les jeunes de 12 ans entre 1983 et 2012 . . . . .	12
Figure 2.3.	Nombre de dents atteintes par la carie (indice CAOD) selon le groupe d'âge . . . . .	13
Figure 2.4.	Evolution de la bouche indemne (indice CAOD = 0) selon le groupe d'âge . . . . .	14
Tableau 2.1.	Comparaison entre l'état de la bouche évalué par le dentiste et l'état de la bouche perçu par le jeune . . . . .	14
Tableau 2.2.	Evolution du nombre moyen de faces atteintes (indice CAO) et proportion de caries traitées (indice de restauration) selon le groupe d'âge . . . . .	15
Figure 2.5.	Nombre moyen de faces dentaires atteintes par la carie, par type de dents chez les jeunes de 16 ans . . . . .	16
Tableau 2.3.	Bouche indemne de carie (CAOD = 0) en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	17
Figure 2.6.	Etat des gencives (indice DPSI) selon le groupe d'âge . . . . .	18
Figure 2.7.	Conclusion du bilan bucco-dentaire selon le groupe d'âge . . . . .	19
Figure 2.8.	Evolution de la proportion de bilans bucco-dentaires satisfaisants selon le groupe d'âge. . . . .	19
Tableau 2.4.	Visite nécessaire ou urgente chez le dentiste en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	20
Figure 2.9.	Proportion de jeunes présentant au moins un traumatisme sur les dents définitives selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	21

## Chapitre 3. Soins dentaires

Figure 3.1.	Evolution de la proportion de jeunes déclarant avoir consulté un dentiste au cours de leur vie selon le groupe d'âge . . . . .	22
Figure 3.2.	Evolution de la proportion de jeunes qui déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge . . . . .	23
Figure 3.3.	Evolution de la proportion de jeunes déclarant ne jamais être allés chez le dentiste ou qui s'y rendent seulement lorsqu'ils ont mal aux dents . . . . .	23
Figure 3.4.	Perception de la fréquence idéale de visite chez le dentiste selon le groupe d'âge . . . . .	24
Figure 3.5.	Comparaison entre la perception de la fréquence idéale de consultation chez le dentiste et la fréquence déclarée par les jeunes . . . . .	25
Tableau 3.1.	Raisons invoquées pour justifier le fait de ne jamais avoir consulté le dentiste selon le sexe . . . . .	26
Tableau 3.2.	Visite chez le dentiste au cours des 12 mois précédant l'enquête en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	27
Figure 3.6.	Proportion de jeunes déclarant avoir consulté un orthodontiste au cours de 12 mois précédant l'enquête selon le groupe d'âge . . . . .	29
Figure 3.7.	Traitement orthodontique terminé ou en cours selon le groupe d'âge . . . . .	29
Tableau 3.3.	Présence d'un ou plusieurs types de malocclusion selon le groupe d'âge . . . . .	30
Tableau 3.4.	Traitement orthodontique en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	30

# ations graphiques

## Chapitre 4. Hygiène orale

Figure 4.1.	Hygiène buccale selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	32
Figure 4.2.	Proportion de jeunes déclarant qu'il est nécessaire de se brosser les dents au moins deux fois par jour selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	33
Figure 4.3.	Fréquence déclarée (deux fois par jour ou plus) du brossage des dents selon le sexe . . . . .	34
Tableau 4.1.	Comparaison entre fréquence idéale du brossage et fréquence effective du brossage . . . . .	34
Tableau 4.2.	Moments déclarés du brossage selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	35
Figure 4.4.	Proportion de jeunes déclarant avoir déjà utilisé du fil dentaire ou des brossettes interdentaires selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	35
Figure 4.5.	Jeunes qui connaissent l'importance du fluor dans le dentifrice selon le groupe d'âge . . . . .	36
Figure 4.6.	Hygiène buccale en fonction de la fréquence déclarée du brossage des dents . . . . .	36
Figure 4.7.	Etat du brossage des dents considéré comme satisfaisant par le dentiste selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	37
Figure 4.8.	Evolution de l'état du brossage des dents considéré comme satisfaisant par le dentiste selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	37
Figure 4.9.	Problèmes gingivaux en fonction de la qualité du brossage chez les jeunes de 13 et 16 ans . . . . .	38
Tableau 4.3.	Brossage à améliorer en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	38

## Chapitre 5. Consommation des sodas, consommation d'eau et santé bucco-dentaire

Figure 5.1.	Proportion de jeunes qui déclarent que les sodas sucrés ou light sont mauvais pour les dents selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	40
Figure 5.2.	Bouche indemne de carie (indice CAOOF = 0) en fonction de la consommation quotidienne de sodas sucrés ou de sodas light . . . . .	41
Figure 5.3.	Bouche indemne de carie (indice CAOOF = 0) en fonction de la consommation quotidienne d'eau . . . . .	41
Figure 5.4.	Accès à l'eau potable à l'école selon le groupe d'âge et le sexe . . . . .	42
Figure 5.5.	Consommation quotidienne d'eau en fonction de l'accès à l'eau potable dans l'école . . . . .	42
Figure 5.6.	Autorisation des parents de consommer quotidiennement des sodas sucrés ou light selon le groupe d'âge . . . . .	43
Figure 5.7.	Consommation quotidienne de sodas sucrés ou light chez les jeunes de 11 ans en fonction de l'autorisation des parents de consommer ces boissons . . . . .	44

## Annexe 2. Présentation détaillée de l'échantillon

Tableau A2.1.	Echantillons . . . . .	50
Tableau A2.2.	Répartition des jeunes du secondaire en fonction de la filière d'enseignement . . . . .	51
Tableau A2.3.	Répartition des jeunes en fonction du réseau d'enseignement . . . . .	51
Tableau A2.4.	Répartition des jeunes selon le sexe et le niveau scolaire . . . . .	52
Tableau A2.5.	Groupes d'âge selon le sexe . . . . .	53
Tableau A2.6.	Répartition des jeunes en fonction des facteurs socio-économiques . . . . .	53

## Annexe 4. Analyse détaillée de l'état de la bouche par face dentaire

Figure A4.1.	Etat de la bouche (indice CAOOF) selon le groupe d'âge . . . . .	56
Figure A4.2.	Evolution de la bouche indemne (indice CAOOF = 0) selon le groupe d'âge . . . . .	57
Tableau A4.1.	Evolution de la valeur moyenne de l'indice CAOOF et de ses composantes selon le groupe d'âge . . . . .	57

## Annexe 5. Indice DPSI

Figure A5.1.	Analyse de la bouche par sextant . . . . .	59
Tableau A5.1.	Valeur de l'indice DPSI et traitement conseillé . . . . .	59

## Annexe 6. Indice OHI-S DI

Figure A6.1.	Faces dentaires étudiées pour évaluer l'indice OHI-S . . . . .	60
Figure A6.2.	Signification des valeurs de l'indice OHI-S DI . . . . .	60

# Bibliographie

Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire Exploitation de l'enquête "Santé et protection sociale" 2000. Bulletin d'information en économie de la santé 2005 ; 94 : 1-7

Azogui -Lévy S, Rochereau T. Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. La santé de l'homme. INPES, 2012 ; 417 : 5-6

Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Bulletin d'information en économie de la santé 2002 ; 48 : 1-6

Boissonnat-Pelsy H, Tiebot I. Estime de soi et santé bucco-dentaire. La santé de l'Homme. INPES, 2012 ; 417 : 29-31

Bornstein MM, Klingler K, Saxer UP, Walter C, Ramseier CP. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. Rev Mens Suisse Odontostomatol, 2016 ; 116 (12/2006) : 1270-4

Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Etudes et résultats 2013 Jul ; 847 : 1-6

Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie (CIE). Rapport final du projet système d'enregistrement et de surveillance de la sante bucco-dentaire de la population belge 2008-2010

Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie (CIE). Rapport final du projet système d'enregistrement et de surveillance de la sante bucco-dentaire de la population belge 2012-2014

Direction Générale de la Santé et des Consommateurs (DG SanCo). La santé dentaire. Europe ; 2010. Report N° Special 330

Greene JC, Vermillion JR. The oral hygiene index : a method for classifying oral hygiene status. J Amer Dent Ass 1960 ; 61 : 29-35

Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. Journal of American Dental Association 1964 ; 68 : 25-31

Haute Autorité de Santé (HAS), Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans : recommandations. Haute Autorité de Santé (France) ; 2005

Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégies de prévention de la carie dentaire. Haute Autorité de Santé (France) ; 2010

Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal Disease and Coronary Heart Disease Incidence : A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med 23(12) : 2079-86 2008 ; 23(12) : 2079-86

Klein H, Palmer CE. Studies dental caries : a procedure for recording and statistical proceeding of dental examination findings. J Dent Res, 1940, 19, 243-252 6

Lardinois J, Gueders A, Geerts S. Le point sur les données actuellement disponibles en épidémiologie de la carie chez les enfants belges. Rev Med Liège 2009 ; 64 (11) : 587-91

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL). Santé bucco-dentaire chez les jeunes en Province de Luxembourg : Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Arlon, 2013

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Regard sur la santé des jeunes - Une enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire des jeunes scolarisés en Hainaut. 2007

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Etiologie et prévention de la carie dentaire. 1972. Report N° : 494

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI<sup>e</sup> siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. 2003

Rwagasore E, Schaller B, Kramer-Gauchat M-C, Gèze P. L'état bucco-dentaire comme miroir de la santé : l'enfant pauvre de la médecine de premier recours ? Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1871-5 2011 ; 7 : 1871-5

Scott G, Brodeur J-M, Olivier M, Benigeri M. Les facteurs parentaux associés à l'utilisation régulière des services dentaires chez les élèves québécois de secondaire II. J. Can. Dent. Assoc 68 (10) : 604-8, 2002

Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life : What, Why, How, and Future Implications. J Dent Res 2011 ; 90 (11) : 1264-70

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), CETAF. Enquête épidémiologique : plus de la moitié de la population adulte française souffre d'une maladie parodontale. 2011

Watanabe K. Periodontitis in diabetics : Is collaboration between physicians and dentists needed ? Dis Mon 2011 April 2011 ; 57(4) : 206-13

# Sitographie

## Sitographie

Association Dentaire Canadienne : <http://www.cda-adc.ca>

Campagne Souriez.be : <http://www.souriez.be>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Centre des médias. Santé bucco-dentaire. Aide-mémoire N° 318. Avril 2012 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

Société Belge de Parodontologie (SBP) : [http://www.parodontologie.be/web/gencives\\_enflamme\\_dents\\_tartre/1011306099/list1186151319/fl.html](http://www.parodontologie.be/web/gencives_enflamme_dents_tartre/1011306099/list1186151319/fl.html)

# Notes

Notes

A large, rounded rectangular area containing horizontal dashed lines for writing notes.

# Notes

Notes



# Notes

Notes

A large, rounded rectangular area containing horizontal dashed lines for writing notes.

# Notes

Notes

A large area of the page is filled with horizontal dashed lines, providing a space for taking notes. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width.

# Notes

Notes

A large, rounded rectangular area containing horizontal dashed lines for writing notes.

# Notes

Notes

A large area of the page is filled with horizontal dashed lines, providing space for writing notes. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width.



### Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut provincial de promotion de la santé  
Domaine provincial du Bois d'Havré  
rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique  
Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79  
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be



Retrouvez-nous sur Facebook  
[www.facebook.com/hainaut.sante](http://www.facebook.com/hainaut.sante)

Ce document est téléchargeable via  
<http://observatoiresante.hainaut.be>



En collaboration avec la Fondation pour la Santé Dentaire



*Souriez.be*

et l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg

