



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD-LYON 1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2025

THESE N° 2025 LYO1D 010

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le : 6 février 2025

Par

Riou Elodie

Née le 13/06/1999 à Décines Charpieu

Proposition d'optimisation du bilan MT' dents

JURY

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Président

Monsieur le Professeur Arnaud LAFON

Assesseur

Madame le Docteur Guillemette LIENHART

Assesseur

Monsieur le Docteur Fabien DURAND

Assesseur

Madame le Docteur Julie SANTAMARIA

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Philippe CHEVALIER
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB) Claude DUSSART	Philippe PAPAREL Mérieux
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR) Jacques LUAUTÉ	
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
	Marc BUFFAT
Directeur du Département-composante Mécanique	

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités-Praticien hospitalier

Vices-Doyens : Pr. Maxime DUCRET, Professeur des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Brigitte GROSGOGEAT, Professeure des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Cyril VILLAT, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

SOUS-SECTION 56-01 :

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTOFACIALE

Professeur émérite des Universités-PH : M. Jean-Jacques MORRIER,
Professeure des universités-PH Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE
Maître de Conférences-PH : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER
Mme Guillemette LIENHART

SOUS-SECTION 56-02 :

PREVENTION – EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités-PH : M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences-PH : M. Bruno COMTE
Maître de Conférences Associé : M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 :

CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités-PH : M. Jean-Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH
Maîtres de Conférences-PH : Mme Doriane CHACUN, M. Thomas FORTIN, Mme Marie-Agnes
GASQUI DE SAINT-JOACHIM, M. Arnaud LAFON, Mme Kadiatou
SY, M. François VIRARD
Maîtres de Conférences Associés : Mme Ina SALIASI

SOUS-SECTION 58-01 :

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeure émérite des Universités-PH Mme Dominique SEUX
Professeurs des Universités-PH : M. Maxime DUCRET, M. Pierre FARGE, Mme Brigitte
GROSGOGEAT, M. Christophe JEANNIN M. Jean-Christophe
MAURIN, Mme Catherine MILLET Mme Sarah MILLOT, M. Olivier
ROBIN, M. Cyril VILLAT
Maîtres de Conférences-PH : Mme Marie-Agnès GASQUI DE SAINT-JOACHIM Mme Marion
LUCCHINI, M. Raphaël RICHERT, M. Thierry SELLI, Mme Sophie
VEYRE, M. Stéphane VIENNOT
Professeur Associé : M. Hazem ABOUELLEIL-SAYED
Maîtres de Conférences Associés : Mme Marjorie FAURE, Mme Ina SALIASI, Mme Marie TOHME

SECTION 87 :

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Professeure des Universités : Mme Florence CARROUEL

A la Présidente du Jury,

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Habilitée à diriger des Recherches

Responsable de la sous-section d'Odontologie Pédiatrique

Je tiens à vous remercier particulièrement pour la spontanéité dont vous avez fait preuve en acceptant de présider ce Jury. Votre présence et votre implication dans cette étape importante de mon parcours sont pour moi un véritable privilège. Au-delà de votre rôle dans ce jury, je vous remercie également pour vos enseignements tout au long de mon cursus.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Julie SANTAMARIA,

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Votre enseignement, ainsi que votre bienveillance, ont grandement marqué mon parcours. Je regrette de ne pas avoir eu plus l'occasion de travailler avec vous en clinique.

A mon co-directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Fabien DURAND,

Chef de clinique des Universités - Assistant Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je suis très touchée que vous ayez accepté de co-diriger cette thèse et de m'accompagner dans ce travail. Votre bienveillance, vos qualités pédagogiques et les précieux conseils transmis durant les vacations d'odontologie pédiatrique ont marqué mon parcours. Merci pour votre soutien et votre accompagnement.

A nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Arnaud LAFON,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je tiens à vous remercier sincèrement d’avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Votre présence était pour moi évidente, tant pour vos compétences théoriques que pratiques, qui ont toujours été une source d’inspiration. Je vous suis profondément reconnaissante pour l’accompagnement et les précieux enseignements que vous m’avez offerts tout au long de ma formation.

Madame le Docteur Guillemette LIENHART,

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements tout au long de mon cursus. Votre implication et votre passion pour votre discipline m'ont permis d'autant plus apprécier cette spécialité. Par ces quelques mots, je tiens à vous témoigner toute la considération et le respect que je vous porte.

Tables des matières

I. INTRODUCTION	12
II. Le Bilan MT' dents	13
A. Origine et perspectives du bilan MT' dents	13
B. Le bilan pour le praticien	13
1. Soins et examens réalisables	13
2. Contenu de la consultation	14
3. Le contenu de la feuille de bilan	14
C. Les limites actuelles du contenu du bilan	16
1. L'absence d'une section dédiée à l'évaluation des antécédents médicaux et dentaire	16
2. Le manque d'évaluation des fonctions oro-faciales et des anomalies orthodontiques	17
D. Nécessité d'intégrer au bilan l'évaluation des fonctions oro faciales	17
1. Les conséquences de ces dysfonctions oro-faciales sur les structures basales et alvéolaires	17
2. Les intérêts d'un diagnostic précoce	19
E. Les inégalités d'accès au bilan et aux soins précoces : un frein majeur	20
1. La répartition géographique des praticiens	20
2. L'absence d'une spécialité officielle de prise en charge pédiatrique	21
3. Les inégalités quant à l'exposition au risque et au recours aux soins	21
a) Les inégalités d'exposition	21
b) Les inégalités de recours aux soins	21
III. Bilan orthodontique et des fonctions	23
A. Les 9 signaux d'appels incitant à adresser un patient chez l'orthodontiste	23
1. Approche thérapeutique selon l'âge	23
a) En denture temporaire	23
b) En denture mixte	23
c) Denture définitive	24
2. Anomalies du sens transversal	24
a) Les anomalies d'éruption	24
b) Les espaces importants	25
c) Encombrements	26
3. Anomalies du sens Vertical	27
a) Occlusion inversée postérieure	27
b) Déviations des milieux interincisifs	27
c) Supraclusion	28
4. Anomalies du sens antéro-postérieure	29
a) Occlusion inversée antérieure	29
b) L'infraclusion	31
c) La Classe II	32
B. L'examen fonctionnel	33
1. L'examen de la posture au repos des lèvres et de la langue	34
2. L'examen de l'appareil manducateur, des articulations temporo-mandibulaires et de la statique	35
3. La ventilation et SAHOS	35
4. La déglutition	36
5. La mastication	37
6. La phonation	37
7. L'examen de la langue et des freins	38
a) Les freins labiaux	38
b) Le frein lingual	38

c)	L'examen de la position de la langue	40
8.	Les parafunctions	41
9.	Orientation chez les spécialistes dans le cadre des dysfonctions	42
IV.	<i>Proposition d'optimisation du contenu du bilan actuel et à venir</i>	43
A.	Intégration de l'évaluation des fonctions oro-faciales et anomalies orthodontiques	43
B.	Intégration des habitudes hygiéno-diététiques	44
C.	Le Bilan carieux, les FIBD et les antécédents dentaires	45
D.	Antécédents médicaux et présence d'allergies	47
V.	<i>Conclusion</i>	49
VI.	<i>Tables des figures</i>	50
VII.	<i>Document annexe</i>	51
VIII.	<i>Bibliographie</i>	52

Tables des abréviations

AAPD : American academy of pediatric dentistry

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

OMF : Oro myo fonctionel

ODF : Orthopédie dento faciale

VAS : Voies aériennes supérieures

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SAHOS : Syndrome d'apnée-hypopnées obstructives du sommeil

HTA : Hypertension artérielle

LPS : Partie postérieure de la langue

TIP : Partie antérieure de la langue

CMO : Distance inter-incisives

TROS : Troubles respiratoires obstructifs du sommeil

EBD : Examen bucco-dentaire

I. INTRODUCTION

Le bilan MT' dents joue un rôle central dans la prévention et la prise en charge des pathologies bucco-dentaires en France. Toutefois, avec l'augmentation prévue du nombre de bénéficiaires à partir de 2025 à la suite d'une mise à jour réglementaire et technique de ce dispositif, de nombreuses interrogations se posent quant à son efficacité et à sa capacité d'adaptation aux besoins croissants des patients et des professionnels de santé.

Cette thèse propose une analyse critique du bilan MT' dents actuel et de sa version à venir, en mettant en lumière ses lacunes structurelles et fonctionnelles, notamment l'absence de sections spécifiques dédiées à l'évaluation des fonctions oro-faciales et du bilan orthodontique. Ces éléments, pourtant essentiels à un diagnostic précoce des dysfonctions et une prise en charge adaptée, sont insuffisamment pris en compte dans le cadre actuel.

L'objectif principal de cette réflexion est d'explorer les axes d'amélioration possibles et de formuler une proposition d'optimisation du bilan MT' dents, en intégrant de nouvelles sections et en renforçant son utilité pour les praticiens omnipraticiens non spécialisés en odontologie pédiatrique.

Dans une première partie, nous examinerons en détail le bilan actuel et sa version à venir, en identifiant les défis qu'ils posent pour les praticiens et les patients. Nous mettrons également en évidence l'importance du diagnostic précoce des anomalies fonctionnelles, tout en soulignant les limites structurelles et organisationnelles du dispositif. La deuxième partie sera spécifiquement consacrée au diagnostic des dysfonctions oro-faciales et des anomalies orthodontiques nécessitant une intervention précoce, en insistant sur les enjeux cliniques et thérapeutiques. Enfin, la troisième partie proposera une refonte du bilan, avec des recommandations concrètes pour l'ajout de nouvelles sections afin d'améliorer la qualité des diagnostics et de la prise en charge pluridisciplinaire.

Cette recherche se veut une contribution à la réflexion collective sur l'avenir et sur les moyens de garantir une prise en charge bucco-dentaire accessible, efficace et adaptée à l'ensemble de la population.

II. Le Bilan MT' dents

A. Origine et perspectives du bilan MT' dents

Ce programme trouve ses racines dans les constats alarmants des autorités sanitaires quant à l'état de santé bucco-dentaire des enfants en France. Il a donc été conçu pour pallier ces lacunes en fournissant un cadre structuré pour la prévention et l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire.

Il a été introduit dans le cadre du programme « MT' Dents » lancé en 2007 par l'Assurance Maladie en France et depuis 2007, des rendez-vous de prévention MT' dents sont offerts aux jeunes de 6 à 18 ans. Il s'est étendu aux enfants de 3 ans en avril 2019 ainsi qu'aux jeunes de 21 et 24 ans en Janvier 2018.

Dès avril 2025 ce bilan concernera les jeunes patients tous les ans jusqu'au 24^e anniversaire. Ces changements seront organisés en trois volets différents : le premier concernera la dématérialisation, l'annualisation ainsi que la revalorisation. Le deuxième volet traitera du renforcement des actions de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire. Enfin, la mise en place d'action dite « d'aller-vers » les jeunes les plus éloignés des soins dentaires représentera le troisième volet.

La revalorisation concernera les soins conservateurs et préventifs et sera étendue aux jeunes dès 1 an jusqu'à 25 ans et sera de 10€ par examen. Concernant la consultation il sera désormais possible de cumuler deux actes complémentaires s'il s'agit d'un détartrage et d'une application de vernis fluoré.

De plus, chaque année le bilan sera étendue aux 26, 27 et 28 ans respectivement dès 2026, 2027 et 2028.

B. Le bilan pour le praticien

1. Soins et examens réalisables

Il comprend l'anamnèse, l'examen clinique et radiographique ainsi qu'un soin si nécessaire dans la même séance ou ultérieurement. Les soins doivent débuter dans les 4 mois qui suivent l'EBD et s'achever dans les 6 mois. Ces soins peuvent comporter des soins conservateurs, chirurgicaux ou encore des actes radiologiques.

À l'heure actuelle un seul acte peut être réalisé et facturé selon la caisse d'assurance maladie au cours de l'EBD, dans la mesure où l'objectif de cet examen de prévention est de consacrer du temps à l'échange avec le patient et d'aborder des sujets favorisant la santé bucco-dentaire adaptés à son âge.

2. Contenu de la consultation

Cette consultation comprend plusieurs volets dont :

- L'anamnèse du patient et le recueil des antécédents médicaux et dentaires
- L'examen clinique intra buccal : dentaire, des tissus mous, des fonctions oro-faciales, ainsi que l'examen orthodontique
- L'examen clinique exobuccal
- L'examen radiographique si nécessaire
- Les conseils avec ou sans prescriptions liés l'hygiène bucco-dentaire
- L'écriture d'un bilan/compte rendu de la première consultation qui succède à l'interrogatoire parental et du patient concernant les antécédents médicaux/dentaires, les habitudes hygiéno-diététiques, des annotations personnelles concernant : la coopération de l'enfant durant la consultation, l'examen clinique exo et endobuccal (présence de lésions carieuses, présence de restaurations/soins, foyers infectieux bucco dentaires, anomalies orthodontiques et/ou fonctionnelles, présence ou non de parafunctions)

3. Le contenu de la feuille de bilan

La feuille présente une première partie concernant les informations du patient et du responsable légal/Parents : numéros d'assurés, date de naissance, les informations concernant le praticien titulaire/praticien remplaçant ou encore les actes radiographiques réalisés en plus du bilan.

Examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

*partie à adresser
à l'organisme d'affiliation*

date limite de réalisation de l'examen : . . . / . . . /

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : date de naissance :	
Identification du praticien	et Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Praticien remplaçant identifiant : nom et prénom :	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) :
Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen : radiographie(s) réalisée(s) : 0 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ panoramique ☐ examen complexe : oui ☐ non ☐ montant des honoraires : euros document télétransmis : oui ☐ non ☐	

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

Figure 1 : Extrait de la partie supérieure de la feuille de bilan

Une seconde partie qui est conservée dans le dossier médical du patient et présente :

- Un schéma dentaire à compléter avec les dents obturées, les lésions carieuses, les dents absentes pour cause de carie ainsi que les scellements des sillons réalisés
- Une ligne concernant l'état parodontal
- Une ligne concernant les besoins de soins dans le cadre du dispositif comme un détartrage, des scellements de sillons ou encore des dents à soigner
- Une section concernant les besoins de soins hors du cadre du dispositif : ODF, prothèse
- Les actes exécutés lors de la même séance que l'examen de prévention

Renseignements médicaux à compléter et à conserver impérativement dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie O : dent obturée S : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

état parodontal

▪ parodontopathie : oui ☐ non ☐

besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui ☐ non ☐

si oui :

▪ détartrage ☐

▪ scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :

▪ dent(s) à soigner ☐

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui ☐ non ☐

si oui :

▪ ODF ☐ ▪ prothèse(s) ☐

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui ☐ non ☐

date de réalisation de l'examen : / /

Figure 2 : Extrait de la partie inférieure de la feuille du bilan bucco-dentaire

Actuellement, le bilan MT'dents ne comporte pas de section spécifique dédiée à l'évaluation des dysfonctions et anomalies orthodontiques, Comme la section concernant l'évaluation des fonctions et des anomalies orthodontiques, des sections concernant l'évaluation des antécédents médicaux, dentaires et des habitudes hygiéno-diététiques sont absentes.

C. Les limites actuelles du contenu du bilan

1. L'absence d'une section dédiée à l'évaluation des antécédents médicaux et dentaires

La fiche actuelle du bilan présente des lacunes qui limitent l'efficacité du diagnostic et la prise en charge globale de la santé bucco-dentaire de l'enfant.

Un des premiers manquements concerne l'absence d'informations détaillées sur les antécédents dentaires de l'enfant. La fiche ne nous permet pas d'y annoter si l'enfant a déjà consulté un dentiste auparavant, s'il a déjà reçu des soins ou encore s'il existe des d'anomalies de forme, de taille ou de nombre dans la famille.

Cette feuille n'offre pas non plus la possibilité de renseigner les habitudes hygiéno-diététiques et les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfant.

2. Le manque d'évaluation des fonctions oro-faciales et des anomalies orthodontiques

L'absence d'une section dédiée à l'évaluation des anomalies orthodontiques et des dysfonctions oro-faciales (telles que des troubles de mastication, de déglutition, de respiration buccale, de fonction linguale ou encore telles que les parafonctions) constitue une autre lacune majeure.

L'identification de ces anomalies dès le bilan initial permettrait une prise en charge orthodontique précoce, optimisant ainsi les chances de correction et évitant des interventions plus lourdes à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Bien que le bilan MT' dents constitue un outil précieux pour la prévention et le suivi de la santé bucco-dentaire des enfants, il présente certaines limites, notamment en ce qui concerne l'identification précoce et détaillée des anomalies orthodontiques et fonctionnelles de par l'absence de sections dédiées à l'évaluation de celle-ci. Ces dernières, lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées et prises en charge à temps, peuvent avoir des répercussions significatives sur le développement facial, la fonction orale et la qualité de vie de l'enfant.

D. Nécessité d'intégrer au bilan l'évaluation des fonctions oro-faciales

1. Les conséquences de ces dysfonctions oro-faciales sur les structures basales et alvéolaires

La ventilation orale permanente aura des conséquences morphologiques sur le maxillaire, le palais dur, les arcades dentaires supérieure et inférieure et le faciès du sujet.

Des modifications au niveau du palais dans les trois dimensions de l'espace seront observées : le palais paraîtra haut et profond dû à l'hyper développement alvéolaire vertical, le palais sera étroit ou encore en forme de « V » et peut dans certains cas créer une asymétrie de déformation maxillaire transversale à l'origine d'une latéro-déviations mandibulaire comme c'est le cas dans le syndrome de Cauhépé et Fieux.

On pourra également observer une rétropulsion de la mandibule mais aussi une promadibulie ainsi qu'une classe III car cette respiration modifie la position de la langue qui en position basse oblige la mandibule à se propulser vers l'avant.

Les modifications au niveau du faciès peuvent s'observer au niveau de la musculature nasale, de la musculature labiale par une hypotrophie de la lèvre supérieure, de la musculature péaucière faciale par une diminution des dimensions transversales du sujet (1), des modifications de la musculature cervicale par une diminution de la lordose cervicale physiologique.

La succion non nutritive aura pour conséquences en denture temporaire l'apparition d'une bécance antérieure (2) et si l'habitude se poursuit après l'âge de 4 ans, l'occlusion postérieure risque elle aussi d'être modifiée et ceci pourra avoir des effets sur la denture permanente selon Fukuta et al (3).

La dysfonction linguale, en raison des muscles qu'elle met en œuvre, ne permettra pas au maxillaire d'atteindre une dimension transversale normale, pourtant indispensable si l'on veut que la langue trouve sa place contre le palais et que les fosses nasales se développent correctement. Si la langue ne peut pas prendre sa position correcte contre le palais, la respiration sera buccale.

Parmi les auteurs, Kortsch considère la langue comme un muscle puissant capable de causer des déformations dentaires et alvéolaires. Il apporte pour preuve les bécances antérieures qui résultent d'une déglutition dysfonctionnelle (4).

Comme la ventilation buccale, la déglutition dysfonctionnelle ou encore la succion non nutritive, les troubles de la mastication pourra engendrer des conséquences sur la croissance du jeune patient. En effet, la mastication unilatérale dominante provoque des asymétries de croissance des différentes structures de l'appareil manducateur. Ces asymétries s'accroissent progressivement et engendrent à leur tour des obstacles majeurs au bon déroulement de la fonction elle-même. Selon Planas, «la mastication préférentielle unilatérale provoque, entre autres, un développement transversal excessif du maxillaire du côté habituellement mastiquant et un allongement excessif de la mandibule du côté habituellement orbitant ».

Les dysfonctions oro-faciales peuvent avoir des répercussions significatives sur la croissance harmonieuse de l'enfant, affectant notamment le développement des structures nasales, alvéolaires et du massif facial dans son ensemble.

Ces anomalies fonctionnelles, lorsqu'elles ne sont pas corrigées, entraînent des déséquilibres morphologiques progressifs, susceptibles de persister à l'âge adulte. C'est dans ce contexte qu'un dépistage précoce s'impose comme une étape essentielle pour identifier rapidement ces dysfonctions et initier des interventions adaptées. En détectant ces troubles dès les premières années, il est possible de tirer parti de la plasticité des structures durant la croissance pour rétablir les fonctions normales et prévenir les complications futures.

2. Les intérêts d'un diagnostic précoce

Un diagnostic précoce des dysfonctions oro-faciales chez l'enfant est essentiel pour permettre une prise en charge rapide et ciblée visant à restaurer des fonctions normales, telles que la respiration, la déglutition et la posture linguale. En intervenant tôt, les thérapies oro-myofonctionnelles peuvent tirer parti de la plasticité des structures en développement pour corriger ces anomalies fonctionnelles.

La thérapie oro-myofonctionnelle (TOMF ou « thérapie oro-faciale et myofonctionnelle » ou « rééducation neuromusculaire ») constitue une branche de l'arsenal des thérapeutiques existantes en rééducation maxillo-faciale. En plus d'un bilan des fonctions le praticien spécialisé dépistera les mauvaises habitudes comme l'onychophagie, la succion d'une tétine ou du pouce, l'aspiration des lèvres entre les dents, la poussée de la langue contre les dents qui pourront être source d'aggravation des malocclusions, d'usures des dents ou encore d'infections (5)

Cette approche contribue au maintien d'une croissance harmonieuse et réduit la nécessité de traitements orthodontiques ou chirurgicaux complexes à l'âge adulte.

Si l'optimisation du bilan MT' dents est essentielle pour mieux intégrer l'évaluation des fonctions oro-faciales, encore faut-il que ce bilan soit accessible à tous. L'importance d'un dépistage précoce des dysfonctions oro-faciales repose sur la possibilité d'intervenir rapidement pour prévenir des complications à long terme et optimiser le développement de l'enfant. Cependant, si le diagnostic et la rééducation précoces offrent des avantages indéniables, ces approches sont inégalement accessibles. Les inégalités d'accès aux bilans et aux soins spécialisés s'ajoutent à des disparités dans l'exposition aux facteurs de risque.

E. Les inégalités d'accès au bilan et aux soins précoces : un frein majeur

La répartition des chirurgiens-dentistes en France est marquée par d'importantes disparités géographiques, créant des zones de sous densité où l'accès aux soins est limité.

ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Zonage Chirurgiens-Dentistes 2024 - Concertation

■ Limites départementales
 ■ Préfectures/Sous-préfectures

Zonage Chirurgiens-Dentistes 2024

- 1-Zone très sous dotée
- 2-Zone sous dotée
- 3-Zone intermédiaire
- 4-Zone très dotée
- 5-Zone non prioritaire

Édition : 04/09/2024
 Réalisation : ARS ARA - service statistiques

20

2. L'absence d'une spécialité officielle de prise en charge pédiatrique

L'odontologie pédiatrique n'est pas classée comme une spécialité à part entière en France. Cette absence de reconnaissance officielle limite l'accès à une formation spécialisée et à une meilleure organisation des soins pour les jeunes patients, bien que des initiatives, comme celles soutenues par Michèle Muller-Bolla, plaident pour sa création en tant que spécialité distincte. Plus de 200 praticiens exclusifs seraient recensés et très inégalement répartis sur le territoire. (7)

Au regard des praticiens ne prenant pas en charge les enfants, n'effectuant que certains actes ou encore ne sachant pas réagir face aux enfants non-coopérants, il apparaît nécessaire de former des chirurgiens-dentistes avec des compétences particulières dans le domaine de l'odontologie pédiatrique (8).

3. Les inégalités quant à l'exposition au risque et au recours aux soins

a) Les inégalités d'exposition

Ces inégalités d'exposition seraient liées à la situation sociale des parents. En effet, elles se traduisent de par le fait que dans les populations qui bénéficient d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus, les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire sont plus répandues. Ces habitudes favorables sont le brossage biquotidien, l'exposition aux fluorures et une alimentation variée.

En effet selon quelques chiffres (9) : Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale, sont plus significativement atteints par la maladie carieuse. L'indice CAO à 12 ans est de : 1,55 chez les enfants d'ouvriers ; 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs, 1,59 en zone rurale ainsi que 1,16 dans les petites agglomérations.

b) Les inégalités de recours aux soins

Les enfants issus de milieux socio-économiquement défavorisés sont plus exposés aux soins non réalisés. En effet si l'on prend en exemple quelques chiffres concernant la région Île-de-France (10), la proportion des enfants ayant des dents cariées non traitées atteint 17,6 % en zone d'éducation prioritaire contre 7,3 % hors-ZE.

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce moindre recours aux soins dans les populations les moins favorisées : (9)

- Le facteur financier
- Un facteur socioculturel : la peur de soins réputés douloureux, l'attention portée à son corps, et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population.

La nouvelle version du bilan MT'dents marque une avancée importante dans l'évaluation bucco-dentaire des jeunes patients, notamment grâce à l'instauration d'un suivi annuel, contre un rythme triennal auparavant. Ce suivi renforcé s'accompagne également de nouvelles actions de prévention ciblées, notamment dans les zones où l'accès aux soins est difficile, afin de réduire les inégalités en matière de santé bucco-dentaire.

Cependant, malgré ces progrès, certaines lacunes persistent. Le bilan ne comprend toujours pas de sections dédiées aux anomalies orthodontiques et aux dysfonctions oro-faciales, des problématiques essentielles mais souvent sous-diagnostiquées. Cela met en lumière la nécessité de développer des outils permettant un diagnostic précoce et systématique de ces troubles, afin de les traiter dès les premiers signes.

Ainsi, un diagnostic précis et précoce dans le cadre d'un bilan interceptif s'avère indispensable pour orienter les enfants vers une prise en charge spécialisée adaptée. Dans ce contexte, nous nous concentrerons spécifiquement sur les anomalies orthodontiques et fonctionnelles nécessitant une intervention spécialisée, afin de mieux comprendre leur impact et leur gestion.

Dans cette optique, il apparaît primordial de recentrer l'attention sur le diagnostic des anomalies nécessitant une prise en charge spécialisée et précoce.

III. Bilan orthodontique et des fonctions

A. Les 9 signaux d'appels incitant à adresser un patient chez l'orthodontiste

1. Approche thérapeutique selon l'âge

Le bilan orthodontique et l'évaluation des fonctions orales sont des étapes essentielles pour détecter et orienter précocement en cas de désordres dento-faciaux chez l'enfant. L'approche thérapeutique en orthodontie varie en fonction de l'âge et du stade de développement de la dentition, soulignant l'importance d'une prise en charge adaptée à chaque situation. Il est cependant crucial de rappeler que tous les patients ne nécessitent pas une intervention précoce, et que certains cas peuvent simplement être surveillés jusqu'à un stade plus approprié de leur développement. (11)

a) En denture temporaire

Cette période concerne les enfants de 0 à 6 ans. Il s'agit d'un stade où les praticiens devront prévenir, voire dépister des troubles fonctionnels et des dysmorphoses. En effet, un traitement d'interception pourra être entrepris durant cette période pour aider à normaliser les fonctions, lever les verrous de croissance en supprimant certaines anomalies de l'occlusion ayant une incidence fonctionnelle telles que les pro et les latérogissements mandibulaires (11)

b) En denture mixte

Durant ce stade les incisives débutent leur exfoliation. Il s'agit d'une période où le praticien est déjà en mesure de dépister les anomalies de nombre et de position, les décalages antéro-postérieurs tels que les classes I, II, et III ou encore la présence de dysfonctions oro-faciales. En effet, un traitement d'interception pourra débuter durant cette période pour favoriser un retour vers la normalité et de limiter la sévérité des malocclusions.

Ce traitement précoce ne concerne pas tous les patients et pourra être recommandé si le patient présente : (11)

- Des troubles dysfonctionnels majeurs : trouble de la ventilation, de la mastication ou de la déglutition.
- Une classe II division 1
- Un articulé inversé latéral
- Un articulé inversé antérieur (qui peut être présent dans les cas de classe III ou dans les cas de proglissement)
- Une insuffisance transversale maxillaire
- Une supraclusion

c) Denture définitive

La prise en charge et la consultation concernera les anomalies telles que les anomalies de nombre, de forme, de position ou encore les anomalies d'évolutions.

Les omnipraticiens, n'étant pas spécialisés en odontologie pédiatrique, ont besoin de repères simples et clairs pour poser un diagnostic initial et orienter les patients dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Simplifier ce processus est donc essentiel pour garantir un suivi optimal et coordonné entre les différents acteurs de santé. Nous mettrons ainsi en lumière les critères diagnostiques prioritaires pour une orientation pertinente et efficace en cas d'anomalies du sens transversal, vertical et antéro-postérieur.

2. Anomalies du sens transversal

a) Les anomalies d'éruption

Les anomalies d'éruption regroupent une série de dysfonctionnement affectant le processus d'apparition des dents sur l'arcade, nécessitant souvent une intervention orthodontique. Ces anomalies rassemblent les dents incluses, les éruptions ectopiques, les agénésies et les transpositions dentaires.

Les dents incluses (comme les canines maxillaires) résultent souvent d'un manque d'espace ou d'une obstruction mécanique, nécessitant une traction orthodontique après leur dégagement chirurgical.

Les éruptions ectopiques, où les dents émergent dans une position anormale, peuvent provoquer des déplacements d'arcades ou des malocclusions, et justifient une intervention précoce pour prévenir des dommages aux structures adjacentes.

Les agénésies dentaires, quant à elles, impliquent l'absence congénitale de certaines dents, ce qui perturbe l'occlusion et peut nécessiter une fermeture d'espace ou une préparation prothétique.

b) Les espaces importants

En denture temporaire les diastèmes peuvent être physiologiques. En effet, on retrouve chez l'enfant les diastèmes de Bogue et les diastèmes simiens pré-canins au maxillaire et rétro-canins à la mandibule. (12)

Dans les cas où les diastèmes ne sont pas d'origine physiologique, ils peuvent être associés à une anomalie occlusale antéro-postérieure comme une biproalvéolie, à une proalvéolie maxillaire en relation avec une dysfonction linguale ou encore à des anomalies dentaires comme les anomalies de nombre (agénésies) ou de forme (Microdontie). (13)

Il existe des anomalies occlusales antéro-postérieures associées aux diastèmes telles que la biproalvéolie lorsqu'elles sont localisées à la fois au maxillaire et à la mandibule, la proalvéolie maxillaire qui est caractérisée par une vestibuloversion et par une vestibuloposition des dents antérieures entraînant un surplomb entre les incisives supérieures et inférieures. (14)

Concernant le diagnostic fonctionnel on retrouve une position basse et protrusive de la langue, un volume lingual important ou macroglossie, une respiration buccale avec des amygdales hypertrophiques, une hypotonicité labiale inférieure pour les proalvéolies inférieures.



Figure 4 : Photos endobuccales d'un cas de biproalvéolie associée à une classe II canine et molaire ainsi qu'à une supraclusion chez une patiente de 11 ans (15)

c) Encombrements

Ces encombrements peuvent être le résultat d'une insuffisance transversale maxillaire. Le diagnostic de cette anomalie peut être posé à partir de plusieurs observations notamment : (16)

- La présence de corridors buccaux,
- Un articulé croisé unilatéral ou bilatéral
- Des anomalies squelettiques affectant les dimensions verticale et/ou sagittale
- Un chevauchement sévère indiquant un encombrement
- Une arcade supérieure en forme de « V »
- Ou, comme le souligne Delhaye S. (17), d'une voûte palatine profonde et étroite

A l'examen fonctionnel il faudrait rechercher une ventilation nasale perturbée (18), des troubles de la déglutition, des patients qui parlent du nez (rhinolalie) (19) ou encore la persistance d'une déglutition atypique associée à une position basse de la langue.



Figure 5 : Photo endobuccale d'un patient présentant une insuffisance transversale maxillaire associée à une bécane antérieure (20)

3. Anomalies du sens Vertical

a) *Occlusion inversée postérieure*

Aussi appelé occlusion croisée ou encore « crossbite ». Cette malocclusion se caractérise par un inversé occlusal vestibulo-lingual pouvant être d'origine basale ou alvéolaire symétrique ou asymétrique.

Cette endocclusion est le signe d'une insuffisance de croissance transversale du maxillaire. Le diagnostic différentiel entre l'endoalvéolie et l'endognathie repose sur l'analyse clinique et sur l'analyse de la téléradiographie de profil.

Un examen fonctionnel de la ventilation et de la fonction linguale doit être également être réalisé afin de rétablir des fonctions normales si nécessaire et l'orientation vers l'orthodontiste peut être fait dès son diagnostic. (13)



Figure 6 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé en denture mixte (21)

b) *Déviation des milieux interincisifs*

La ligne interincisive est la ligne verticale objectivant la zone où les faces mésiales des deux incisives centrales semblent être en contact, elle passe donc toujours par le point de contact interdentaire (22).

La déviation des milieux interincisifs est une dysmorphie qui englobe quatre dysmorphoses différentes : (23)

- Les latérodéviation fonctionnelles mandibulaires
- Les latérodéviation positionnelles mandibulaires
- Les déviations dentaires
- Les latérogathies mandibulaires ou maxillaires (dissymétries squelettiques).

Il est très important de diagnostiquer une déviation des médianes au cours de la croissance. Cette dysmorphie nécessite alors un traitement précoce, sous peine de voir une anomalie cinétique se transformer, après la croissance, en une anomalie morphologique asymétrique et devenir, de ce fait, une latérogathie (24)

c) Supraclusion

La supraclusion correspond à un excès de recouvrement incisif. En denture temporaire, le diagnostic de cette supraclusion doit être précoce afin qu'un traitement d'interception puisse être décidé et mis en place dès la chute des incisives centrales maxillaires temporaires.

Le traitement pourra être un guide d'éruption porté la nuit durant toute la période du changement de denture ou une plaque palatine avec extension incisive occlusale afin de bloquer l'éruption de l'incisive. La plaque sera déposée dès son contact avec les incisives mandibulaires. (25)

L'étiologie de la supraclusion peut être déterminée à l'analyse du sourire. En effet si le sourire est gingival alors il y a eu développement excessif des procès alvéolaires des incisives maxillaires. Si le sourire est normal alors l'anomalie provient des incisives mandibulaires ou encore un manque de développement des procès alvéolaires postérieurs. (25)



Figure 7 : Photo endobuccale d'un patient présentant un excès de recouvrement incisif/supraclusion en denture temporaire (25)

4. Anomalies du sens antéro-postérieure

a) Occlusion inversée antérieure

Lors de l'examen clinique il faut distinguer un simple inversé d'articulé antérieur, d'une prognathie, d'une classe III d'origine cinétique (proglissement) ou encore d'une classe III dite vraie.

Pour les inversés d'articulé antérieur simple il existe des étiologies dentaires et des étiologies fonctionnelles : (13)

Pour les étiologies dentaires on retrouve :

- La chute d'une canine temporaire peut entraîner un inversé d'articulé sans décalage squelettique associé.
- Une orientation palatine des incisives en compensation du manque de place sur l'arcade
- Une vestibulo-version des incisives mandibulaires

Pour les étiologies fonctionnelles on peut observer à l'examen une langue basse et/ou une hypertrophie des amygdales qui provoquent une propulsion mandibulaire ou encore une mimique de propulsion mandibulaire chez l'enfant



Figure 8 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé localisée dû à l'évolution palatine de la 11 (26)



Figure 9 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé antérieur chez un enfant en denture mixte (27)

Si l'inversé d'articulé est dû à un proglissement nous observons à l'examen un décalage des milieux incisif entre l'OIM et la RC. Ce proglissement a souvent pour origine une interférence due aux canines temporaires. Dans ce cas il faut effectuer un meulage sélectif pour supprimer cette interférence due à des canines temporaires non abrasées. (28)

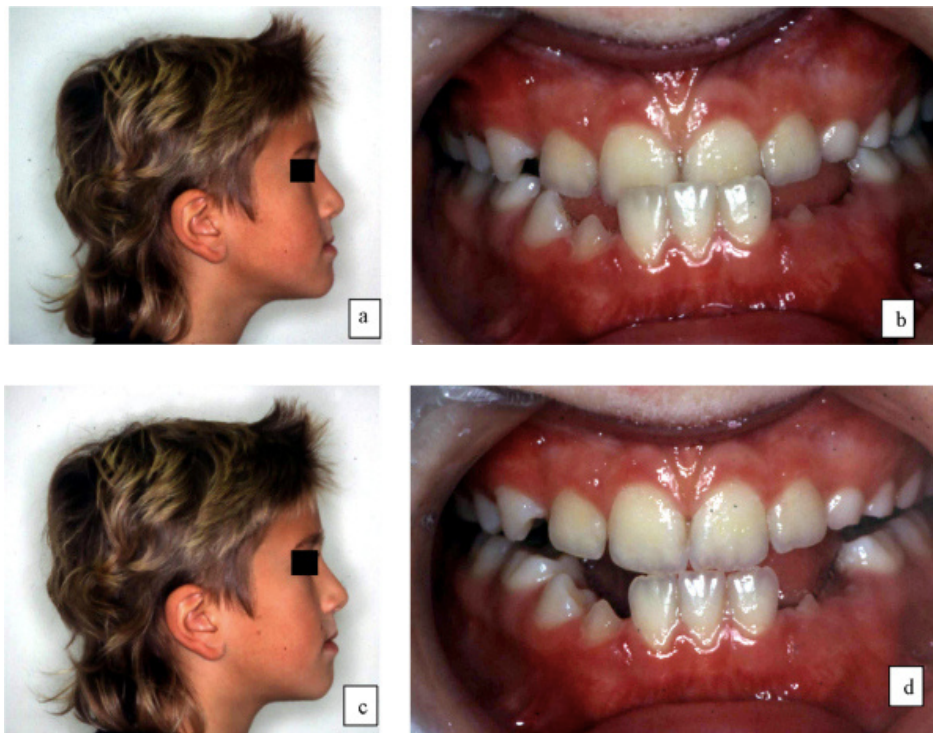


Figure 10 : Photos exobuccales et endobuccales d'un patient présentant un proglissement mandibulaire en occlusion de convenance (a et b) et en occlusion de repos (c et d) (27)

A l'examen fonctionnel il faudra être attentif à la présence d'hypertrophie amygdalienne, à une brièveté du frein lingual empêchant une position haute de la langue, ou encore aux signes d'une ventilation buccale qui peuvent être associés à un SAHOS comme : les cernes, le faciès adénoïdien, le nez pincé ou encore les lèvres sèches. (26)

b) L'infraclusion

L'infraclusion aussi appelé bécane peut être d'origine fonctionnelle ou squelettique. L'inclinaison des incisives en direction vestibulaire due à une pulsion linguale est signe d'une bécane d'origine fonctionnelle. Pour celle d'origine squelettique, la bécane s'étend au-delà des canines (13)

Une altération des fonctions normales de phonation et de déglutition peut être diagnostiquée. En effet à l'examen fonctionnel on peut retrouver une déglutition atypique avec une interposition linguale, une succion non nutritive ainsi qu'une dysfonction linguale avec une brièveté du frein lingual.

Une éducation fonctionnelle par l'orthophoniste ou le kinésithérapeute peut être nécessaire et aura pour objectifs de : rééduquer la posture linguale, rééduquer une ventilation physiologique avec intervention ou non au niveau des amygdales par le médecin ORL et de déterminer si une frénectomie du frein lingual est nécessaire. (13)

Selon la FFO (29), il est recommandé de recourir à un traitement interceptif précoce lorsque cette bécane est associée à une para fonction/dysfonction.

Quand elle est associée à une respiration buccale ainsi qu'à une étroitesse maxillaire, il est recommandé de rechercher la présence de TROS/SAHOS dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. (29)



Figure 11 : Illustration d'une infraclusion antérieure/béance antérieure (47)

c) La Classe II

La classe II est une dysmorphie du sens antéro-postérieur qui peut être dentaire et/ou squelettique. Elle se caractérise par une position plus distale de l'arcade mandibulaire par rapport à l'arcade maxillaire et par un surplomb incisif augmenté dans le cas des divisions 1 et diminué dans les divisions 2 (28)

On observe une vestibulo-version dans le cas de la division 1 et une palato-version pour une division 2.

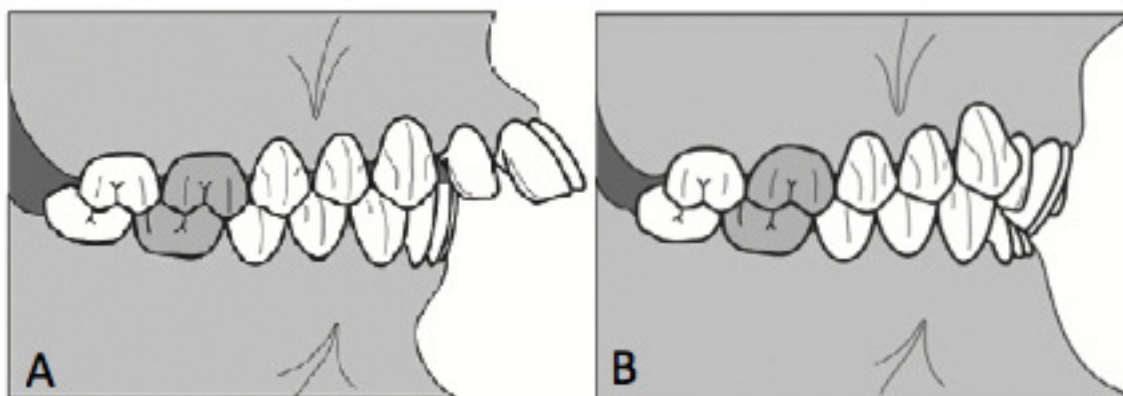


Figure 12 : Schéma d'une classe II division 1 et Schéma d'une classe II division 2 (46)

L'examen des fonctions dans le cas des divisions 1 va comporter une étude de la fonction ventilatoire, de la fonction masticatrice, du mode de déglutition, de la phonation, des postures linguales et labiales ainsi que l'étude d'éventuelles parafunctions. Des appareils orthodontiques tels que des appareils propulseurs ou activateurs de croissance peuvent être mise en place chez des patients présentant un risque de SAHOS (29)

Un traitement orthodontique précoce peut être entrepris pour ces patients et la FFO le recommande afin de réduire le risque de traumatisme des incisives maxillaires afin d'améliorer la qualité de vie du jeune patient présentant un surplomb incisif augmenté. (29)

B. L'examen fonctionnel

L'examen des fonctions oro-faciales chez l'enfant constitue une étape clé dans le diagnostic des troubles fonctionnels qui peuvent affecter la croissance et le développement harmonieux de la sphère oro-faciale.

Le rôle du diagnostic est d'autant plus important que de nombreux troubles oro-faciaux peuvent être corrigés par une prise en charge précoce, évitant ainsi des traitements orthodontiques plus complexes à l'avenir (31)

Parmi les spécialistes impliqués dans cette évaluation, l'orthophoniste joue un rôle clé dans le dépistage et la rééducation des troubles myofonctionnels oraux (TOM), notamment la déglutition dysfonctionnelle et les troubles de la phonation.

Parallèlement, les kinésithérapeutes sont impliqués dans la rééducation des muscles oro-faciaux, utilisant des techniques spécifiques pour améliorer la posture linguale et rétablir un équilibre musculaire optimal.

	Troubles traités
Orthophoniste	Trouble de la déglutition Trouble du langage Troubles des apprentissages alimentaires Troubles sensoriels spécifiques aux troubles alimentaires Troubles maxillo-faciaux
Kinésithérapeute	Troubles de la déglutition Troubles sensoriels et moteurs dans les troubles alimentaires Troubles maxillo-faciaux Soins de développement Troubles de la déglutition associés aux troubles respiratoires

Figure 13 : Tableau récapitulatif des troubles traités par les spécialistes d'après l'UFSBD (45)

1. L'examen de la posture au repos des lèvres et de la langue

Pour l'examen des lèvres il faut rechercher une incompétence labiale, objectiver leur tonicité, elles doivent être élastiques à la palpation. Une position erronée de la langue lors de la déglutition dans ces cas-là est objectivable lors de la prononciation des D, N et T (32)

La rééducation doit être entreprise lorsque que l'on rencontre chez les jeunes patients :
(32)

- Une béance, soit antérieure, soit uni- ou bilatérale, soit latérale dans laquelle la langue s'insinue
- Quand la langue occupe une position basse incluse dans la concavité mandibulaire
- Quand il existe une association avec un des éléments suivants : une atonie des lèvres, une déviation des mouvements mandibulaires, une ventilation buccale, un déséquilibre postural

2. L'examen de l'appareil manducateur, des articulations temporo-mandibulaires et de la statique

Lors de l'examen clinique concernant l'appareil manducateur il faut être attentif à une déviation des milieux interincisifs, à la présence de douleurs/claquements/crépitations, à une limitation des mouvements mandibulaires ainsi qu'à une mastication unilatérale stricte.

Concernant la mobilité mandibulaire il est indispensable de déceler une ouverture/fermeture raide, une déflexion vers la droite ou la gauche ainsi qu'une déviation en baïonnette (42).

Il est très fréquent de rencontrer une classe III et un appui podal trop important sur l'arrière du pied ainsi qu'une classe II et un appui podal sur l'avant du pied (32)

3. La ventilation et SAHOS

La ventilation physiologique est définie par une ventilation nasale stricte. Le diagnostic de la ventilation buccale ou d'insuffisance ventilatoire nasale peut se faire par l'observation de ces signes cliniques : (33)

- Un faciès caractéristique avec un étage inférieur de la face allongé, un visage étroit, des orifices narinaires collabés, des cernes, des pommettes effacées, une posture céphalique en extension avec une cyphose thoracique et une lordose cervicale.
- Une langue en position basse voire antérieure associée ou non à un frein lingual court quand présence d'hypertrophies des tonsilles palatines et pharyngées
- Une insuffisance de développement transversal, un palais étroit, creux et plutôt ogival
- Une gingivite chronique antérieure

A l'anamnèse on remarque la présence d'allergies, de rhinites et de sinusites fréquentes, des ronflements, un sommeil agité, du bavage, des somnolences diurnes ainsi que des troubles du comportement et de l'attention.

Le traitement est le résultat d'une coopération pluridisciplinaire :

Intervention par l'ORL	Intervention par le spécialiste en ODF	Intervention orthophonique
⇒ En cas d'étiologies obstructives Ablations des amygdales et/ou des végétations adénoïdes	⇒ En cas d'insuffisance transversale associée	Rééducation de la fonction ventilatoire par une thérapie orofaciale myofonctionnelle
⇒ En cas d'étiologies allergiques Prescription de Corticoïdes nasaux	Correction d'une classe II avec une rétromandibulie afin d'augmenter le volume des voies aériennes supérieures (VAS) Mise en place d'une enveloppe linguale nocturne	

Figure 14 : Tableau récapitulatif des interventions et traitements possibles réalisables par les médecins ORL, Spécialistes ODF et les orthophonistes (34)

La conduite à tenir en cas de suspicion de respiration buccale consiste donc à :

- Orienter le patient vers un médecin ORL pour un bilan et voir s'il existe une indication d'ablation des amygdales et/ou des végétations
- Orienter vers le spécialiste en ODF si une insuffisance du développement transversal maxillaire est associée
- Orienter le patient vers l'orthophoniste pour la rééducation des fonctions après intervention du médecin ORL ou rééducation de la ventilation et de la fonction linguale si besoin.

4. La déglutition

La déglutition normale, mature ou secondaire doit se faire arcades en occlusion avec la pointe de la langue appuyée sur la papille rétro incisive sans contraction des muscles orbiculaire des lèvres. Le diagnostic d'une déglutition atypique ou immature doit être établi à l'âge de 7-8 ans.

Les signes cliniques objectivant celle-ci sont : (22)

- Une interposition linguale entre les arcades (antérieure ou latérale) en association avec une béance latérale ou antérieure
- Une langue en position basse associée ou non avec un frein lingual court
- Une contraction anormale des muscles péri buccaux avec ou sans flexion de la tête lors de la déglutition

5. La mastication

La mastication physiologique doit être unilatérale alternée. Le diagnostic d'une mastication unilatérale doit être posé lorsque l'on observe à l'examen clinique et à l'anamnèse un côté préférentiel et des douleurs unilatérales lors de la mastication et/ou encore des usures dentaires asymétriques (35).

Cette mastication unilatérale aura pour conséquences une croissance asymétrique chez l'enfant avec le développement d'une classe II du côté préférentiel.

6. La phonation

La phonation est étroitement liée à la fonction linguale et peut être altérée par des troubles occlusaux tels que la béance antérieure ou latérale favorisant une interposition linguale.

L'interposition est audible lors de la prononciation des sifflantes et chuintantes où l'on peut objectiver un zozotement si l'interposition linguale est antérieure et un chuintement si l'interposition linguale est latérale (36).

Pour déceler les troubles à l'émission des phonèmes postérieurs, nous pouvons faire prononcer aux patients les sifflantes : S, Z et les chuintantes : CH, J où la langue ne doit pas être au contact avec les dents antérieures.

Si lors des exercices de prononciation la langue n'est pas en bonne position alors on suspecte une difficulté à la rétraction de la langue et donc la nécessité d'une rééducation musculaire quand la coopération est bonne. (32)

Il faut également être attentif aux défauts de phonation associés à : des lèvres atones, une ventilation buccale, des HSN, des problèmes posturaux et orienter le patient chez un rééducateur lorsque ceux-ci sont associés à des troubles de la phonation. (32)

7. L'examen de la langue et des freins

a) Les freins labiaux

Du fait de leurs insertions et leurs dimensions, les freins peuvent être délétères pour les tissus parodontaux ou interférer avec certaines thérapeutiques orthodontiques ou prothétiques.

D'un point de vue orthodontique, la frénectomie labiale peut être indiquée pour : (37)

- Un frein hypertrophique associée à un diastème interincisif
- Un frein hyperplasique entraînant une obstruction potentielle au maintien d'une hygiène dentaire ou causant un traumatisme récurrent avec le brossage.

Et d'un point de vue parodontal, elle est indiquée quand le frein tracte la gencive marginale et/ou entrave l'hygiène.

Les dentistes pédiatriques et les orthodontistes conviennent généralement que toute manipulation chirurgicale du frein n'est pas recommandée avant l'éruption des canines permanentes et seulement après la fermeture orthodontique de l'espace (38)(39) ou en conjonction avec un traitement orthodontique (40)

Il est donc recommandé de retarder au maximum le geste pour laisser le diastème se refermer tout seul si la situation le permet.

b) Le frein lingual

Le frein lingual situé sous la langue et reliant celle-ci au plancher buccal joue un rôle clé dans la mobilité linguale. L'ankyloglossie se caractérise par une brièveté de ce frein et de ce fait une mobilité diminuée de la langue.

Il existe à ce jour un protocole pour évaluer la mobilité postérieure et antérieure de la langue :
(41)

- 1) Demander au patient d'ouvrir au maximum la bouche sans douleur ni inconfort. Puis mesurer la distance inter incisive (= CMO)
- 2) Mesurer la mobilité de la partie postérieure de la langue (LPS) : demander au patient de soulever et d'aspirer toute la langue contre le palais, puis d'ouvrir la bouche aussi largement que possible sans ressentir de douleur ou d'inconfort.
- 3) Mesurer la mobilité de la partie antérieure de la langue (TIP) : demander au patient de soulever la pointe de sa langue jusqu'à la papille incisive, située derrière les incisives supérieures, puis ouvrir la bouche aussi largement que possible sans ressentir de douleur ou d'inconfort
- 4) Calculer le « Tongue range of motion as percentage of maximum » - TRMR %

Ce pourcentage (TRMR) correspond au rapport TIP/CMO pour la mobilité de la partie antérieure de la langue et au rapport LPS/CMO pour la partie postérieure.

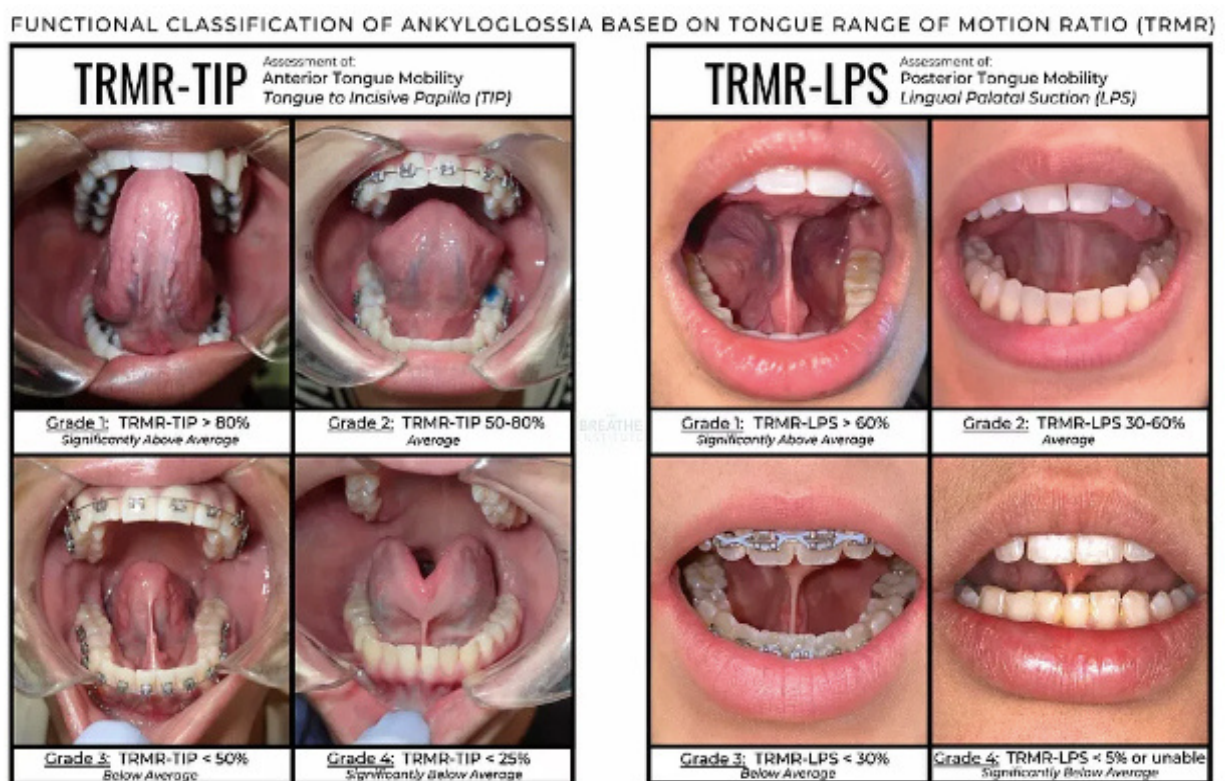


Figure 15 : Échelle de classification fonctionnelle actualisée de la mobilité antérieure et postérieure de la langue (41)

Dans cette étude (41), un TRMR-TIP inférieur à 50% ainsi qu'un TRMR-LPS inférieur à 30% nous permettent de suspecter une mobilité antérieure et postérieure restreinte de la langue.

Les objectifs du diagnostic de l'ankyloglossie sont d'orienter les jeunes patients pour un bilan OMF pour confirmer le diagnostic et la nécessité de frénectomie.

c) L'examen de la position de la langue

Une langue en mauvaise position peut être un obstacle à une ventilation naso-nasale et entraîner une ventilation buccale (42)

De plus, la position linguale peut être corrélée à la survenue du SAHOS. Deux classifications cliniques ont démontré qu'en effet il existerait une corrélation entre ces classifications de la posture linguale et l'indice d'apnée/hypopnée mesuré par polysomnographie (43)

Le risque et la sévérité du SAHOS augmentent de gauche à droite sur les schémas des classifications.

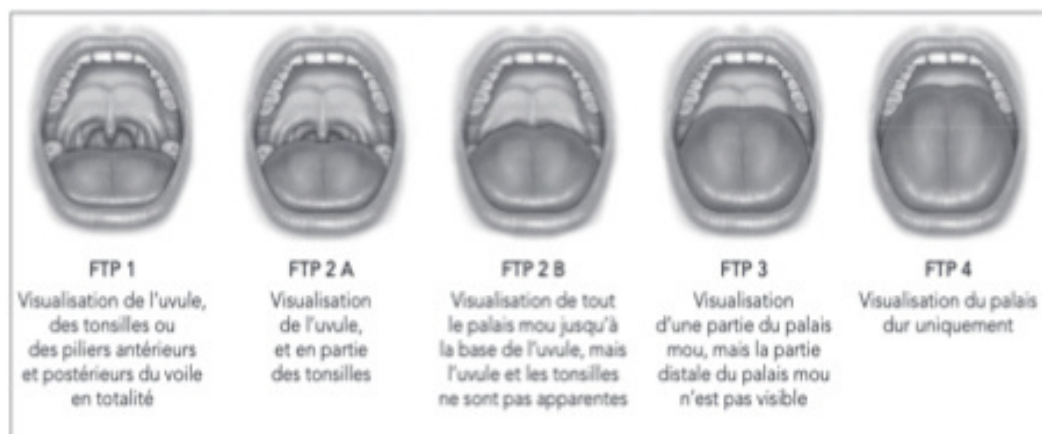


Figure 16 : Comparaison de la position de la langue selon Friedmann, la langue au repos (43)

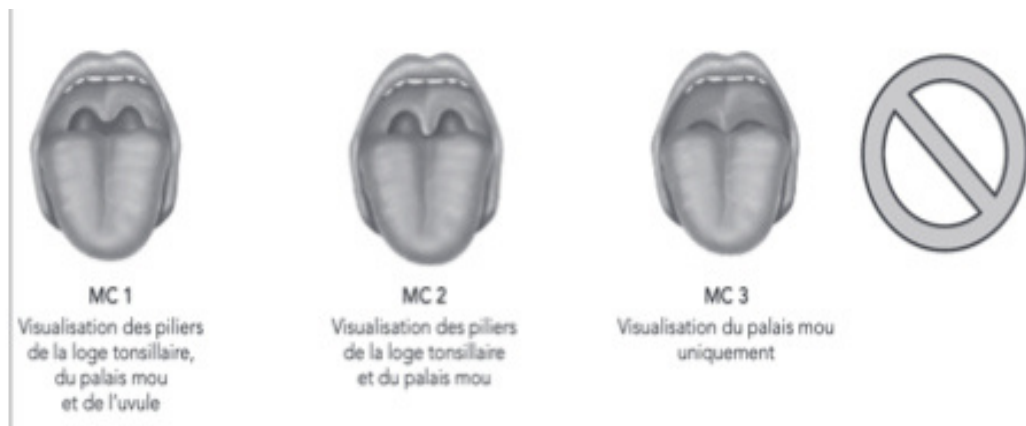


Figure 17 : Comparaison de la position de la langue selon Mallampati, la langue en propulsion (43)

8. Les parafunctions

Parmi les parafunctions telles que le bruxisme ou encore l'onychophagie on retrouve les habitudes de succion non nutritive (HSNN). Celle-ci peuvent être observées avec le pouce, la tétine ou tout autre objet inséré en bouche du jeune patient.

Plusieurs signes cliniques peuvent être observés chez les patients présentant des HSNN parmi lesquels on retrouve : une béance antérieure, une position basse de la langue, une inoclusion labiale, une augmentation du surplomb incisif ainsi qu'une insuffisance de développement transversal avec ou non des articulés inversé et décalage des milieux inter incisifs (36).

Ces HSNN telles que la succion du pouce ou encore l'utilisation prolongée de la tétine peuvent perturber l'équilibre fonctionnel de la langue. Ces habitudes prolongées entraînent une position basse de celle-ci perturbant ainsi son rôle notamment dans la déglutition.

Des dispositifs intra buccaux permettent l'amélioration de la déglutition tout en diminuant le processus de succion comme la grille anti-pouce utilisée chez l'enfant coopérant qui présente une béance à l'examen clinique, le FroggyMouth ou encore le Machouyou.

9. Orientation chez les spécialistes dans le cadre des dysfonctions

Le moment propice pour le praticien pour l'examen des fonctions et les parafunctions est la période de la naissance à 6 ans c'est à dire en denture temporaire. L'objectif de ce dépistage est de prévenir l'apparition de malocclusions et de récidives à la suite des traitements orthodontiques.

L'omnipraticien pourra donc orienter chez les spécialistes lorsqu'il estime qu'il y a nécessité d'un bilan des fonctions. Il pourra orienter chez le médecin ORL quand il existe une suspicion de respiration buccale chez l'enfant afin qu'il puisse effectuer un examen des voies aériennes supérieures, de la respiration et éventuellement du sommeil.

Dans le cadre de l'examen clinique, il est essentiel d'aborder à la fois les fonctions oro-faciales et les aspects orthodontiques, en mettant l'accent sur les anomalies qui justifient une intervention spécialisée. Il convient cependant de rappeler que tous les enfants ne nécessitent pas une prise en charge orthodontique précoce.

Identifier les cas prioritaires implique une synthèse structurée de l'examen, organisée en points clés, ce qui permet aux omnipraticiens, souvent non spécialisés en odontologie pédiatrique, de poser un diagnostic plus efficace. Cette approche facilite ainsi l'orientation des jeunes patients vers une prise en charge adaptée par un spécialiste.

Ce raisonnement s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'optimisation des bilans de santé bucco-dentaire actuels et futurs, tels que le bilan MT' dents, qui n'inclut toujours pas l'examen des fonctions oro-faciales et orthodontiques. Pourtant, ces éléments sont essentiels pour détecter les troubles pouvant compromettre une croissance harmonieuse. L'intégration systématique de ces dimensions dans le bilan permettrait non seulement de renforcer la prévention, mais aussi d'améliorer la prise en charge globale des jeunes patients en garantissant un dépistage précoce des anomalies fonctionnelles et orthodontiques.

IV. Proposition d'optimisation du contenu du bilan actuel et à venir

Le bilan actuel contient plusieurs sections dédiées au contenu de la consultation, à la nécessité de soins dans le cadre et hors du cadre du dispositif (ODF, prothèse), à la présence de parodontopathie ainsi que les actes effectués dans la même séance que l'examen.

Ces informations sont donc complétées et conservées par le chirurgien-dentiste dans le dossier médical du patient et consultable uniquement à l'échelle du cabinet où a été suivi le patient.

Le nouveau bilan prévu pour 2025 inclura en plus de la numérisation du bilan, plusieurs autres lignes à renseigner telles que l'absence de brossage quotidien avec un dentifrice fluoré, ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou au goûter, la prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie, la présence de sillons anfractueux au niveau des molaires, la présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation, la présence de lésions carieuses ainsi que des antécédents de caries chez l'enfant, les parents ou dans la fratrie.

Malgré la nouvelle mise à jour du bilan numérisé de 2025 nous allons voir ici que plusieurs informations cruciales à l'examen bucco-dentaire sont absentes.

A. Intégration de l'évaluation des fonctions oro-faciales et anomalies orthodontiques

Le bilan actuel comme le futur bilan ne contiennent pas de sections dédiées à l'évaluation des fonctions oro-faciales et au bilan orthodontique. Comme nous l'avons vu dans la précédente partie, certaines malocclusions nécessitent une intervention plus précoce et dans certains cas un traitement des dysfonctions oro-faciales associées afin de traiter ou d'empêcher une récurrence post-traitement orthodontique.

Pour aider au diagnostic et au traitement ce paragraphe intégré au bilan permet de passer en revue les anomalies inter-arcades ainsi que les principales dysfonctions nécessitant une orientation vers des spécialistes.

Dépistage Orthodontique / RAS ☐

Sens Transversal :

Anomalies d'éruptions ☐

Endognathie ☐ / Endoalvéolie ☐

Décalage des milieux interincisifs ☐

Sens Vertical :

Supraclusion ☐

Infraclusion ☐

Sens Sagittal :

Inversé d'articulé ☐

Classe II ☐ / Classe III ☐

Examen des fonctions / RAS ☐

Respiration buccale : Diurne ☐ Nocturne ☐ Associée à des ronflements ☐

Suspicion d'un SAHOS ☐

Fonction Linguale :

Suspicion dysfonction linguale ☐ (Interposition linguale, déglutition primaire)

Suspicion d'ankyloglossie ☐

BILAN FONCTIONNEL CHEZ LE SPECIALISTE NECESSAIRE ☐

Parafonctions / RAS ☐

Succion non nutritive ☐

Si oui, tétine ☐ / Pouce ☐

Onychophagie ☐

Bruxisme ☐

Figure 18 : Document d'évaluation du bilan orthodontique, des fonctions et des parafonctions (voir document annexe)

B. Intégration des habitudes hygiéno-diététiques

Recenser les habitudes hygiéno-diététiques nous permet de connaître l'implication des patients et des parents dans leur hygiène et de les conseiller au mieux afin de modifier/améliorer leurs habitudes si besoin. Ce recensement dès la première consultation permet sur le long terme de constater ou non une amélioration à la suite des conseils et prescriptions faites.

La nouvelle version du bilan MT' dents sera numérisée et conservée dans le dossier médical du patient (DMP), les informations seront donc accessibles à tous les professionnels de santé et à tout moment par le praticien.

Habitudes hygiéno-diététiques et vie quotidienne

Brossage : ☐ 1x/j ☐ 2x/j avec Fluor ☐ / Sans Fluor ☐

Absence de brossage biquotidien Fluoré ☐

Consommation boissons sucrées, bonbons en dehors des repas

Quotidienne ☐ / Hebdomadaire ☐ / A titre exceptionnel ☐

Figure 19 : Document d'évaluation des habitudes hygiéno-diététiques (voir document annexe)

C. Le Bilan carieux, les FIBD et les antécédents dentaires

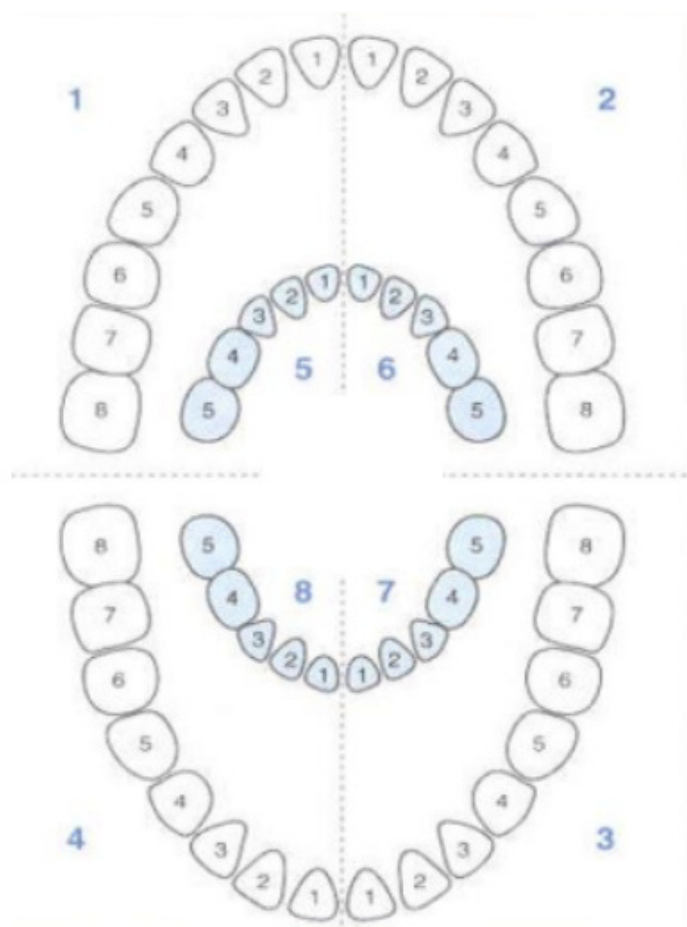
La simplification du bilan carieux est essentielle pour une prise en charge efficace des patients. Elle permet de hiérarchiser les lésions en fonction de leur gravité et de leur urgence thérapeutique, facilitant ainsi le choix des interventions prioritaires. Cette démarche inclut l'évaluation précise de l'importance des lésions carieuses, qu'elles soient débutantes, moyennes ou sévères.

Par ailleurs comme l'identification des lésions carieuses et de leur étendue, l'identification des foyers infectieux bucco-dentaires est cruciale quant à l'organisation et la planification de la prise en charge du patient.

Présence de plaque visible à l'œil nu ☐

Suspicion MIH ☐

Sillons anfractueux au niveau des molaires ☐



Légende :

Lésions(s) carieuse(s) :
Débutante(s) : **d** / Modérée(s) : **m** / Sévère(s) : **s**

Foyer(s) infectieux :
Aigue : **Fa** / Chronique : **Fc**

Figure 20 : Schéma dentaire à compléter en fonction de l'examen clinique intra oral du patient (voir document annexe)

Il est également fondamental de connaître les antécédents dentaires du patient, en particulier lors d'une première consultation. Ces informations permettent d'orienter le diagnostic, d'évaluer les traitements antérieurs et leur efficacité, d'adapter les soins en fonction de l'historique dentaire, de la coopération lors des soins, des habitudes du patient et enfin de recueillir des antécédents familiaux d'anomalies de nombre, de forme, de taille ou encore de structure.

Ces informations permettront aux praticiens d'adapter la prise en charge quant aux soins à réaliser, la fréquence et le contenu des futures consultations de suivi et de soins.

Antécédents dentaires

Première visite ?

Oui ☐

Non ☐

Antécédents de caries chez les parents ou dans la fratrie ☐

A déjà reçu des soins restaurateurs ☐

Anomalies de nombre ☐, **structure** ☐ **ou forme** ☐ **dans la famille**

Si oui, précisez :

Figure 21 : Section d'évaluation des antécédents dentaires du patient reportés lors de la consultation (voir document annexe)

D. Antécédents médicaux et présence d'allergies

Une évaluation de l'état médical du patient est indispensable avant toute prise en charge bucco-dentaire. Même si un questionnaire médical est rempli par les parents nous devons passer en revue certains points. Il est crucial d'interroger les parents sur la présence de pathologies actuelles ou passées, la présence d'un traitement quotidien, ou encore sur la présence d'allergies.

En effet certaines affections nécessitent des précautions quant aux soins bucco-dentaires. En odontologie, il est essentiel d'être attentif aux allergies aux protéines de lait car des produits contenant des dérivés de ces protéines peuvent être utilisés lors de séance de fluoration (Mi VARNISH de chez GC). La présence d'asthme chez l'enfant doit être impérativement reporté car certains produits utilisés pour des séances de fluorations sont contre indiqués (DURAPHAT de chez Colgate).

Aussi, certains patients peuvent présenter des allergies aux antiseptiques utilisés en odontologie comme la chlorhexidine ou encore à la povidone iodée. Pour ce qui est des allergies aux anesthésiants locaux, les réactions allergiques vraies, observées pendant ou après une anesthésie locale, sont généralement dues à la présence d'autres composants dans la solution anesthésique – bisulfite de sodium (antioxydant) ou parabens (conservateur).

D'autres allergies ont été rapportées telles que des allergies au latex présent dans la digue dentaire ou encore des allergies aux pénicillines prescrites en cas de présence de foyers infectieux bucco-dentaires. (43)

BILAN BUCCO DENTAIRE
Date :
Antécédents médicaux :
Allergies :
Traitements en cours ?
☐ Oui
Précisez le(s)quel(s) :
RAS : ☐

Figure 22 : Section d'évaluation des antécédents médicaux et des allergies (voir document annexe)

La proposition d'optimisation du bilan bucco-dentaire nécessite d'intégrer des sections actuellement absentes, telles que les antécédents dentaires et médicaux, les habitudes hygiéno-diététiques, ainsi qu'une évaluation complète des fonctions oro-faciales et un bilan orthodontique détaillé. Ces ajouts sont d'autant plus importants à l'heure où le bilan sera numérisé, stocké en ligne et accessible à tous les professionnels de santé. Cette transformation numérique offre une opportunité unique de renforcer la coopération interdisciplinaire, favorisant une prise en charge globale et coordonnée des patients.

V. Conclusion

L'optimisation de la fiche bilan MT' dents, telle qu'exposée dans ce travail, constitue une opportunité pour enrichir et moderniser l'évaluation bucco-dentaire. L'intégration de sections dédiées à l'évaluation des fonctions oro-faciales, au bilan orthodontique, aux antécédents médicaux et dentaires ainsi qu'au recueil des habitudes hygiéno- diététiques permettra de rendre cet outil non seulement plus complet, mais aussi plus pertinent face aux exigences de la prise en charge globale du patient.

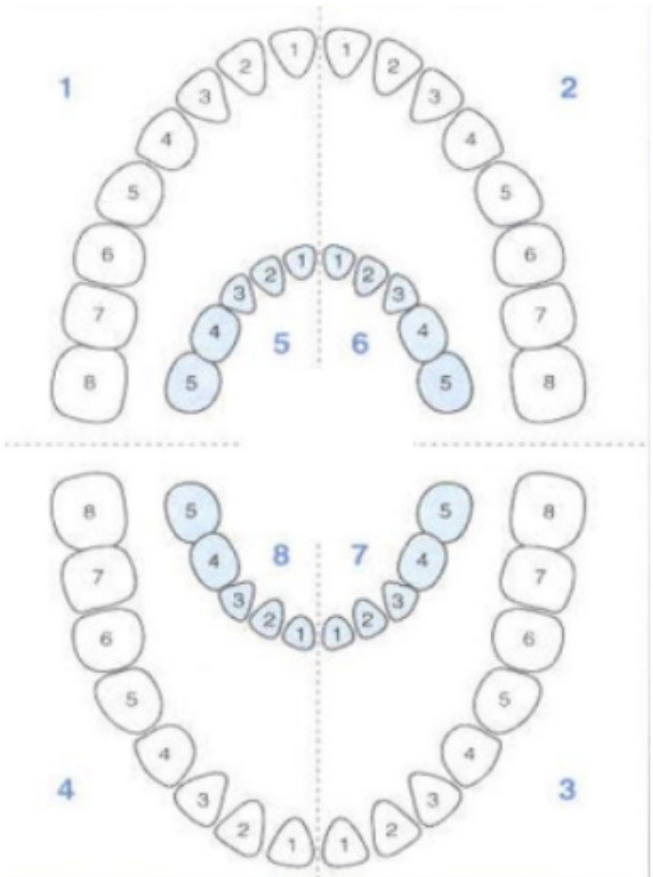
L'évolution vers une version numérique prévue pour 2025, accessible via le dossier médical partagé, ouvre la voie à une collaboration interprofessionnelle accrue. Cette transformation permettra à divers praticiens de santé, au-delà des cabinets dentaires, de consulter cette fiche, renforçant ainsi la coordination des soins, la qualité des diagnostics et le suivi longitudinal des patients. Il est essentiel de profiter de cette transition pour intégrer les nouvelles sections proposées, rendant cet outil encore plus adapté aux enjeux actuels et futurs de la santé publique.

Dans cette perspective, l'utilisation de cette fiche bilan en milieu hospitalier pourrait également participer à une amélioration de la coopération inter-professionnelle. En facilitant le diagnostic, la prise en charge initiale, et le suivi à long terme des patients, elle renforcerait la fluidité des échanges entre les différents praticiens hospitaliers. En y intégrant des pages supplémentaires dédiées au compte-rendu opératoire des soins et au suivi des patients elle offrirait une solution pratique pour standardiser les données récoltées visant à améliorer leur transmission entre professionnels en particulier dans un contexte hospitalier où les patients sont suivis sur de longues périodes et peuvent changer de praticiens au cours des années.

VI. Tables des figures

Figure 1 : Extrait de la partie supérieure de la feuille de bilan _____	15
Figure 2 : Extrait de la partie inférieure de la feuille du bilan bucco-dentaire _____	16
Figure 3 : Carte représentant le zonage des chirurgiens-dentistes en région Auvergne Rhône-Alpes en 2024 (6) _____	20
Figure 4 : Photos endobuccales d'un cas de biproalvéolie associée à une classe II canine et molaire ainsi qu'à une supraclusion chez une patiente de 11 ans (15) _____	26
Figure 5 : Photo endobuccale d'un patient présentant une insuffisance transversale maxillaire associée à une béance antérieure (20) _____	26
Figure 6 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé en denture mixte (21) _____	27
Figure 7 : Photo endobuccale d'un patient présentant un excès de recouvrement incisif/supraclusion en denture temporaire (25) _____	29
Figure 8 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé localisée dû à l'évolution palatine de la 11 (26) _____	30
Figure 9 : Photo endobuccale d'un inversé d'articulé antérieur chez un enfant en denture mixte (27) _____	30
Figure 10 : Photos exobuccales et endobuccales d'un patient présentant un proglissement mandibulaire en occlusion de convenance (a et b) et en occlusion de repos (c et d) (27) _____	31
Figure 11 : Illustration d'une infraclusion antérieure/béance antérieure (47) _____	32
Figure 12 : Schéma d'une classe II division 1 et Schéma d'une classe II division 2 (46) _____	33
Figure 13 : Tableau récapitulatif des troubles traités par les spécialistes d'après l'UFSBD (45) _____	34
Figure 14 : Tableau récapitulatif des interventions et traitements possibles réalisables par les médecins ORL, Spécialistes ODF et les orthophonistes (34) _____	36
Figure 15 : Échelle de classification fonctionnelle actualisée de la mobilité antérieure et postérieure de la langue (41) _____	39
Figure 16 : Comparaison de la position de la langue selon Friedmann, la langue au repos (43) _____	40
Figure 17 : Comparaison de la position de la langue selon Mallampati, la langue en propulsion (43) _____	41
Figure 18 : Document d'évaluation du bilan orthodontique, des fonctions et des parafunctions (voir document annexe) _____	44
Figure 19 : Document d'évaluation des habitudes hygiéno-diététiques (voir document annexe) _____	45
Figure 20 : Schéma dentaire à compléter en fonction de l'examen clinique intra oral du patient (voir document annexe) _____	46
Figure 21 : Section d'évaluation des antécédents dentaires du patient reportés lors de la consultation (voir document annexe) _____	47
Figure 22 : Section d'évaluation des antécédents médicaux et des allergies (voir document annexe) _____	48

VII. Document annexe

BILAN BUCCO DENTAIRE	BILAN BUCCO DENTAIRE
Date :	Parafonctions / RAS ☐
Antécédents médicaux :	Succion non nutritive ☐ Si oui, tétine ☐ / Pouce ☐
Allergies :	Onychophagie ☐ Bruxisme ☐
Traitements en cours ? ☐ Oui Précisez le(s)quel(s) :	Examen clinique / RAS ☐ Présence de plaque visible à l'œil nu ☐ Suspicion MIH ☐ Sillons anfractueux au niveau des molaires ☐
RAS : ☐	
Antécédents dentaires	
Première visite ☐	
Antécédents de caries chez les parents ou dans la fratrie ☐	
A déjà reçu des soins restaurateurs ☐	
Anomalies de nombre ☐ , structure ☐ ou forme ☐ dans la famille Si oui, précisez :	
Habitudes hygiéno-diététiques et vie quotidienne	
Brossage : ☐ 1x/j ☐ 2x/j avec Fluor ☐ / Sans Fluor ☐	
Absence de brossage biquotidien Fluoré ☐	
Consommation boissons sucrées, bonbons en dehors des repas Quotidienne ☐ / Hebdomadaire ☐ / A titre exceptionnel ☐	
Dépistage Orthodontique / RAS ☐	
Sens Transversal : Anomalies d'éruptions ☐ Endognathie ☐ / Endoalvéolie ☐ Décalage des milieux interincisifs ☐	
Sens Vertical : Supraclusion ☐ Infraclusion ☐	
Sens Sagittal : Inversé d'articulé ☐ Classe II ☐ / Classe III ☐	
Examen des fonctions / RAS ☐	
Respiration buccale : Diurne ☐ Nocturne ☐ Associée à des ronflements ☐	
Suspicion d'un SAHOS ☐	
Fonction Linguale : Suspicion dysfonction linguale ☐ (Interposition linguale, déglutition primaire) Suspicion d'ankyloglossie ☐	
BILAN FONCTIONNEL CHEZ LE SPECIALISTE NECESSAIRE ☐	
	
	Légende : Lésions(s) carieuse(s) : Débutante(s) : d / Modérée(s) : m / Sévère(s) : s Foyer(s) infectieux : Aigue : Fa / Chronique : Fc

VIII. Bibliographie

1. Gola R, Cheynet F, Guyot L, Richar O, Sauvart J. Conséquences de l'obstruction nasale chez l'enfant. L'Orthodontie Française. 2000;71(3):219-231. doi:10.1051/orthodfr/200071219
2. Gellin ME. Digital sucking and tongue thrusting in children. Dent Clin North Am. 1978 Oct;22(4):603-19. PMID: 279480.
3. Fukuta O, Braham RL, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (digit) sucking. ASDC J Dent Child. 1996 Nov-Dec;63(6):403-7. PMID: 9017172.
4. Kortsch WE. The tongue, implicated in Class II malocclusion. J Wis State Dent Soc. 1965 Sep;41(9):261-2. PMID: 5214759.
5. Marie-Sara Decherchi. L'intérêt de la thérapie oro-myofonctionnelle dans la prise en charge de l'enfant pathologique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. <dumas-04241375>
6. FSDL, Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux [En ligne]. Les arrêtés de zonage chirurgiens-dentistes pour 1er janvier 2025 ; [visité le 2 janvier 2025]. Disponible : <https://www.fSDL.fr/zonage-ars/>.
7. Société Odontologique de Paris - Formation continue de l'omnipraticien - SOP [En ligne]. La spécialité en odontologie pédiatrique, c'est pour quand ? - Flash Infos - SOP ; 30 mars 2022. Disponible : <https://www.sop.asso.fr/l-association/flash-infos/126-la-specialite-en-odontologie-pediatrique-c-est-pour-quand>
8. FOCK-KING M, MULLER-BOLLA M. Analyse de la demande croissante de traitements en odontologie pédiatrique en milieu hospitalier. Clinic. 1 juin 2018;(6):411-7.
9. Ministère de la santé et de l'accès aux soins [En ligne]. Les inégalités de santé bucco-dentaires – Ministère de la santé et de l'accès aux soins ; Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/les-inegalites-de-sante-bucco-dentaires>

10. Agence régionale de santé Ile-de-France | Agir pour la santé en Île-de-France [En ligne]. 28 avril 2023 [cité le 15 nov 2024]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/108873/download?inline>
11. Lievin M, Perrin-Dohren J, Gouedard C, D'arboneau F, Première consultation en odontologie pédiatrique et dépistage orthodontique, A quel âge référer un enfant chez l'orthodontiste ? L'information dentaire n°36, 25 octobre 2023
12. Huang WJ, Creath CJ. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. *Pediatr Dent*. 1995 May-Jun;17(3):171-9. PMID: 7617490.
13. Chabre, C. (2024). *Orthodontie interceptive*. Garancière.
14. Frerejouand E, Missika P. Prévention des traumatismes des dents antérieures par le traitement de la proalvéolie maxillaire. *Rev Dodonto Stomatol*. 2018;47(3):258-75.
15. Labarrere H. Traitement en deux temps, orthopédique puis orthodontique, d'une classe II, division 1, biproalvéolie, hypodivergente. *Rev Dorthopedie Dento Faciale*. 10 mars 2010;38(2):185-94.
16. Betts NJ. Surgically Assisted Maxillary Expansion. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2016 Mar;24(1):67-77. doi: 10.1016/j.cxom.2015.10.003. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26847514.
17. Delhaye, S., Saba, S. B., & Delatte, M. (2006). Prévention et traitement de la dysharmonie dento-maxillaire. *L Orthodontie Française*, 77(2), 267-281. <https://doi.org/10.1051/orthodfr/200677267>
18. Gil, H., & Fougeront, N. (2015). Dépister un dysfonctionnement lingual : bilan à l'usage des prescripteurs. *Revue D Orthopédie Dento-Faciale*, 49(3), 277-292. <https://doi.org/10.1051/odf/2015026>
19. Aragon, I., & Rotenberg, M. (2016). Traitements spécifiques du sens transversal. *EMC Orthopédie Dento Faciale*. <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/article/1077133>

20. Melki-FrereJouand C, Naulin-IFI C, Endoalvéolie/Endognathie du maxillaire : comment traiter les anomalies du sens transversal ? - ROS - 2018 - Tome 47 - N°3 - Revue Odonto Stomatologique - SOP. (s. d.). <https://www.sop.asso.fr/revue-odonto-stomatologique/464-endoalveolie-endognathie-du-maxillaire-comment-traiter-les-anomalies-du-sens-transversal/>

21. Articulé croisé - Rendez-vous cabinet d'orthodontiste à Bezons. (2021, 14 mars). Cabinet-Orthodontiste. <https://www.cabinetdusourire.fr/articule-croise-traitement-orthodontique/>

22. Mujagic M. Analyse des défauts de la ligne interincisive et correction orthodontique. Rev Dodonto Stomatol. Mai 2012:79-91.

23. ALEHYANE N, RERHRHAYE W. La déviation des milieux incisifs : cas cliniques et revue de la littérature. Clinic. 1 mai 2012;(5).

24. Bassigny, F. (1991). *Manuel d'orthopédie dento-faciale*. Elsevier Masson

25. Philippe J. L'interception de la supraclusion [Intercepting overbite]. Orthod Fr. 2012 Dec;83(4):267-73. French. doi: 10.1051/orthodfr/2012025. Epub 2012 Dec 4. PMID: 23206371.

26. Conduite à tenir face à une occlusion inversée antérieure - ROS - 2018 - Tome 47 - N°3 - Revue Odonto Stomatologique - SOP. (s. d.). <https://www.sop.asso.fr/revue-odonto-stomatologique/465-conduite-a-tenir-face-a-une-occlusion-inversee-anterieure/>

27. Gall, M. Le, C. Philip, et D. Bandon. « Le proglissement mandibulaire ». *Archives de Pédiatrie* 16, n° 1 (2009): 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.10.012>.

28. Theuveny, F. (1970). Quelques possibilités de traitements orthopédiques des prognathies mandibulaires en dentures temporaire et mixte. *Revue D Orthopédie Dento-Faciale*, 4(2), 117-121. <https://doi.org/10.1051/odf/1970011>

29. FFO – Fédération Française d'Orthodontie [En ligne]. Juil 2017 [cité le 14 déc 2024]. Disponible : <https://orthodontie-ffo.org/wp-content/uploads/2022/09/FFO-juillet-2017.pdf>

30. Vincent S. La classe II squelettique: état actuel des connaissances et intérêt de sa correction par élastiques [Thèse d'exercice] Marseille, France. Aix-Marseille Université ; 2022

31. Borrie F, Bearn D. Interceptive orthodontics--current evidence-based best practice. *Dent Update*. 2013 Jul-Aug;40(6):442-4, 446-8, 450. doi: 10.12968/denu.2013.40.6.442. PMID: 23971342.
32. Fournier, M. (1994). La rééducation fonctionnelle chez l'enfant et son contrôle par l'orthodontiste. *Revue D Orthopédie Dento-Faciale*, 28(4), 473-485. <https://doi.org/10.1051/odf/1994027>
33. Yasukawa, K., & Davido, N. (2014). *Orthopédie dento-faciale - odontologie pédiatrique*.
34. Huang YS, Guilleminault C. Pediatric obstructive sleep apnea and the critical role of oral-facial growth: evidences. *Front Neurol*. 2013 Jan 22;3:184. doi: 10.3389/fneur.2012.00184. PMID: 23346072; PMCID: PMC3551039.
35. Canalda, C. (2002). Syndrome de mastication unilatérale dominante acquise. *Revue D Orthopédie Dento-Faciale*, 36(1), 53-73. <https://doi.org/10.1051/odf/2002003>
36. Benyahio H, Bahije L, Zaoui F, Aalloula E. Prise en charge des troubles d'articulé phonatoire chez l'enfant. *Actual Odonto-Stomatol*. 2009;(246):143-156. doi:10.1051/aos/2009005
37. Bahi-Gross, A. G. T. B. S. (2021, 13 juillet). *Les frénectomies : indications et techniques chirurgicales ; Information Dentaire*. L'Information Dentaire. https://www.information-dentaire.fr/formations/les-frnectomies-indications-et-techniqueschirurgicales/?srsltid=AfmBOoqJEMu1VIFbM0o_jXWP6_mWezSSitbW1AUUTLYwXm2trmB7the5
38. Gkantidis N, Kolokitha OE, Topouzelis N. Management of maxillary midline diastema with emphasis on etiology. *J Clin Pediatr Dent*. 2008 Summer;32(4):265-72. doi: 10.17796/jcpd.32.4.j087t33221771387. PMID: 18767455.
39. Wheeler B, Carrico CK, Shroff B, Brickhouse T, Laskin DM. Management of the Maxillary Diastema by Various Dental Specialties. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018 Apr;76(4):709-715. doi: 10.1016/j.joms.2017.11.024. Epub 2017 Nov 22. PMID: 29245001.

40. Suter VG, Heinzmann AE, Grossen J, Sculean A, Bornstein MM. Does the maxillary midline diastema close after frenectomy? Quintessence Int. 2014 Jan;45(1):57-66. doi: 10.3290/j.qi.a30772. PMID: 24392496.

41. Zaghi S, Shamtoob S, Peterson C, Christianson L, Valcu-Pinkerton S, Peeran Z, Fung B, Kwok-Keung Ng D, Jagomagi T, Archambault N, O'Connor B, Winslow K, Lano M, Murdock J, Morrissey L, Yoon A. Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. J Oral Rehabil. 2021 Jun;48(6):692-700. doi: 10.1111/joor.13144. Epub 2021 Jan 17. PMID: 33386612; PMCID: PMC8247966.

42. Gil, H., & Fougeront, N. (2015b). Dépister un dysfonctionnement lingual : bilan à l'usage des prescripteurs. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 49(3), 277-292. <https://doi.org/10.1051/odf/2015026>

43. Friedma, M, Hamilton C, Samuelson CG, Lundgren ME, Pott T, Diagnostic value of the Friedman Tongue position and Mallampati Classification for obstructive sleep apnea : a meta analysis. Otolaryngo Head Neck Surg 2013;148 540 547

44. Laurent F, Lapostolle Y, Lesclois Pl, Augustin P, Bertrand C. Réactions allergiques graves au cabinet dentaire. Clinic. 1 nov 2010;(10).

45. Objectif prévention « Prise en charge des patients présentant des troubles de l'oralité » Fiche pratique 1 UFSBD. (s. d.). UFSBD. <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2022/07/Objectif-prevention-ORALITE.pdf>

46. Camille Ledent. Intérêt des gouttières d'éducation fonctionnelle dans la correction des classes II au moment de l'évolution de la première molaire permanente. [Thèse d'exercice] Université Bordeaux, 2015. <dumas-01246528>

47. Guide sur la bécance dentaire ou infraclusion - Orthodontiste à Paris : appareil lingual, Invisalign et bagues - Adultes et enfants. *Orthodontiste à Paris : appareil lingual, Invisalign et bagues - Adultes et enfants - 75008*. <https://www.orthodontie-paris15.fr/beance-dentaire-causes-corriger-avec-orthodontie/>

RIOU Elodie – Proposition d’optimisation du bilan MT’ dents

Résumé

Ce travail consiste en une analyse du dispositif MT’ dents, un outil central dans la prévention bucco-dentaire en France, qui concernait plus de 6 millions d’assurés en 2023 et qui doit être étendu dès 2025.

La première partie met en lumière les faiblesses structurelles et organisationnelles du dispositif actuel, en insistant sur l’importance d’un diagnostic précoce des anomalies fonctionnelles et des dysfonctions oro-faciales. La deuxième partie explore les enjeux cliniques liés à ces diagnostics précoces, en soulignant leur impact sur la prise en charge thérapeutique et pluridisciplinaire. Enfin, la troisième partie propose une refonte du bilan, intégrant de nouvelles sections.

La thèse recommande également d’exploiter pleinement la transition numérique de 2025, qui permettra une accessibilité via le dossier médical partagé, facilitant ainsi une meilleure coordination interprofessionnelle et un suivi longitudinal des patients. Elle suggère un déploiement en milieu hospitalier, où le MT’ dents enrichi et intégré pourrait améliorer la continuité et la qualité des soins, en particulier pour des cas complexes nécessitant des approches multidisciplinaires.

En conclusion, cette recherche propose une modernisation du MT’ dents, visant à le rendre plus complet et adapté aux enjeux actuels et futurs de la santé publique, tout en renforçant son rôle dans la prévention et la prise en charge bucco-dentaire.

Mots clés :

Bilan
Optimisation
Odontologie pédiatrique
Bilan orthodontique
Dysfonctions oro-faciales

Jury : Présidente

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Assesseurs

Monsieur le Professeur Arnaud LAFON
Madame le Docteur Guillemette LIENHART
Monsieur le Docteur Fabien DURAND
Madame le Docteur Julie SANTAMARIA