

**NOTE DE
CADRAGE**

Évaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire

Adoptée par le Collège le 11 février 2026**Demandeur** : Caisse nationale d'assurance maladie**Inscription au programme de travail** : 2025**Responsable(s) du projet** : Anne-Isabelle Poullié (SESPEV), Mathieu Ahouah (SESPEV), Jean-Charles Lafarge (SESPEV), Fabienne Midy (SEE)

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

Pour donner suite à la saisine de la Caisse nationale d'assurance maladie, la HAS a inscrit à son programme de travail 2025 l'actualisation de la recommandation de santé publique de 2010 (1) portant sur les stratégies de prévention de la carie dentaire. Cette demande s'inscrit dans le contexte du lancement, en avril 2025, du programme « MT dents tous les ans ! » pour la population des 3 à 24 ans et plus globalement du programme « Génération sans caries » (2) ainsi que dans celui des nouvelles recommandations de l'OMS sur la teneur du fluor dans les dentifrices.

La nouvelle convention dentaire pour la période 2023-2028, signée conjointement par la Cnam, l'Unocam et les syndicats représentatifs de la profession (CDF et FSDL), est entrée en vigueur le 23 août 2023, à l'issue de la précédente convention. La recommandation en santé publique de la HAS permettra d'accompagner le virage préventif pris dans cette dernière convention et de proposer d'éventuelles nouvelles orientations pour la suivante. L'objectif du demandeur est donc de disposer d'une évaluation scientifique, indépendante et tenant compte des avis de l'ensemble des acteurs concernés (professionnels de santé, usagers du système de soin, institutions) visant à éclairer la politique publique à venir dans le domaine de la prévention de la carie dentaire. Les conclusions de l'évaluation pourront aider le décideur public dans la prise de décisions et notamment sur l'opportunité et la pertinence d'amender ou ajuster certaines mesures du programme « Génération sans caries » mis en place.

1.2. Problématique

1.2.1. Contexte

1.2.1.1. Physiopathologie et épidémiologie

La carie dentaire est une pathologie multifactorielle résultant d'un déséquilibre prolongé entre les mécanismes de déminéralisation et de reminéralisation de l'émail dentaire, déséquilibre largement

influencé par l'activité de bactéries acidogènes telles que *Streptococcus mutans*. Non traitées, elles peuvent évoluer vers diverses complications (3) : locales ou locorégionales à type de pulpite, puis une nécrose pulpaire. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut entraîner notamment des répercussions systémiques majeures (4-6) en favorisant les maladies cardiovasculaires, le diabète mal contrôlé, les complications de grossesse, le déclin cognitif (7) et des troubles du développement chez l'enfant (8). Dans ce contexte, l'évaluation régulière du risque carieux individuel (RCI) (9) permet d'adapter les stratégies de prévention et de traitement en fonction du niveau de risque de chaque individu (9). Ce risque carieux a été défini par la HAS en 2010 (1) et des travaux récents présentent des outils tels que le CAMBRA® qui est utilisé pour évaluer le risque carieux individuel (10).

En France, environ 30 % des enfants de 6 ans présentent au moins une carie non soignée (jusqu'à 50 % en zones défavorisées), tandis que 25 % des adultes de 35–44 ans ont des caries non traitées (11), avec un accès aux soins inégal selon l'âge, le territoire et le niveau socio-économique. Le risque carieux varierait selon l'âge : les 18–29 ans étant les plus exposés (55 % de lésions, jusqu'à 96 % de prédiction), suivis des 30–59 ans (47 %, 78 %), tandis que les ≥ 60 ans présentent un risque plus modéré (36 %, 61 %) (12).

Une revue préliminaire de la littérature a permis d'observer que certaines populations sont particulièrement exposées au risque carieux. Il s'agit notamment des femmes enceintes (13-15), les personnes incarcérées (16, 17) les personnes en situation de handicap chez lesquels se conjuguent, souvent, une ou plusieurs comorbidités et les personnes âgées en perte d'autonomie (18-20), ce qui pourrait justifier la mise en place de stratégies de prévention ciblées dès la période prénatale, en milieu carcéral et en institution.

1.2.1.2. Interventions observées dans la littérature préliminaire en prévention primaire et secondaire de la carie dentaire

La recommandation de santé publique de la HAS de 2010 stipule que la prévention de la carie dentaire repose sur l'usage régulier de fluor (dentifrices, bains de bouche, vernis), adapté à l'âge et au risque carieux individuel (RCI) (1). Le scellement des sillons des molaires permanentes est fortement recommandé chez les enfants à risque élevé. L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, dès le plus jeune âge et dans les milieux scolaires, complète ces mesures. Cette recommandation précise aussi qu'une alimentation équilibrée, pauvre en sucres et l'usage de chewing-gums au xylitol sont encouragés. Enfin, des visites dentaires régulières et des actions ciblées auprès des populations vulnérables renforcent l'efficacité des stratégies de prévention.

Les stratégies de prévention de la carie dentaire s'inscrivent généralement dans les 2 premiers niveaux de prévention définis par l'OMS et adaptés à la prise en charge des lésions carieuses (11). Cette prévention est primaire ou secondaire selon le moment où elle intervient par rapport à l'apparition de la carie.

Tableau 1. Stratégies de prévention de la carie dentaire et techniques associées

Type de prévention	Technique	Description	Réalisable par	Référence scientifique
Primaire	Brossage bi-quotidien avec dentifrice fluoré	Utilisation régulière de dentifrice fluoré à une concentration adaptée à l'âge	Population	HAS 2010 - Recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique (1, 21)

	Éducation à l'hygiène bucco-dentaire	Sensibilisation dès le plus jeune âge, supervision parentale	Population / École	HAS 2010 (1)
	Scellement des sillons	Application de résine sur les molaires permanentes	Professionnel	HAS 2010 , (1) Bemihary, Cyrus. (2020). (22) Ahovuo-Saloranta et al., 2017 (23)
Primaire ou secondaire	Application de vernis fluoré	Application professionnelle biannuelle	Professionnel	MaBoucheMaSante.fr, Cochrane 2013 (24, 25)
	Dépistage précoce (M'T dents)	Examen bucco-dentaire	Professionnel	HAS 2010 (1)
	Fluorure de diamine d'argent	Application de cet agent topique fluoré sous forme liquide, inodore et incolore, de PH basique (autour de 10) sur les surfaces dentaires saines ou sur les lésions carieuses	Professionnel	Horst et al., 2016. (26)
Secondaire	Traitement restaurateur atraumatique	Arrêt ou réduction de la progression des lésions carieuses, au stade dentinaire, en utilisant uniquement des instruments manuels pour l'éviction carieuse	Professionnel	International Association of Paediatric Dentistry (IAPD). Traitement restaurateur atraumatique (27)
	CPP-ACP	Application locale d'un produit contenant un complexe de caséine phosphopeptide et phosphate de calcium amorphe afin de libérer des ions calcium et phosphate directement sur l'émail pour favoriser sa reminéralisation et prévenir la progression des lésions carieuses précoces	Population (après avis médical) Professionnel	Baccoloni et al., 2025 (28)

1.2.1.3. Contexte institutionnel de la santé bucco-dentaire en France et pratiques en France et à l'étranger

En 2025, la santé bucco-dentaire est reconnue comme une priorité de santé publique en France (29, 30) avec l'annonce de la mise en place d'une feuille de route nationale (29, 31) des réformes structurantes comme le programme "Génération sans caries" (32) et des actions ciblées pour réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment chez les enfants et les jeunes (ex. « M'T dents tous les ans »), les femmes enceintes et les publics précaires. Depuis 2025, la CNAM a renforcé le programme « M'T dents » antérieur en proposant un examen bucco-dentaire gratuit et annuel pour les jeunes âgés de 3 à 24 ans, ainsi qu'un suivi spécifique dédié aux femmes enceintes. Cette stratégie vise à faire émerger une « Génération sans caries », en misant sur la prévention, l'éducation à la santé orale, la simplification des démarches et l'implication de divers professionnels de santé. Des actions régionales ciblent également les publics vulnérables, notamment les personnes en situation de handicap ou âgées en institution.

Des recommandations portant sur les programmes de prévention bucco-dentaire ont été identifiées en France ainsi que dans plusieurs pays européens (Belgique, Allemagne, Danemark, Espagne notamment) et à l'international (OMS). Ces recommandations révèlent une disparité notamment en termes d'âge d'initiation du programme, des fréquences de consultation et des publics ciblés.

1.2.1.4. Dépenses de soins dentaires

En 2024, les dépenses totales de soins dentaires en ville étaient de 15,7 milliards d'euros¹, en croissance annuelle de 2,5 %. Les soins dentaires et conservateurs représentent 23 % de ces dépenses (≈3,6 milliards €), quand le poste prothèses dentaires représente 42 % des dépenses (≈6,6 milliards €). Le reste à charge des ménages s'établit à 15,5 %², avec un reste à charge plus élevé pour les soins hors prothèses incluant les caries (17,9 %) que pour les prothèses (12,0 % de la dépense en 2024) (33).

1.2.2. Objectif principal de la production

L'objectif de ce travail est d'actualiser les recommandations nationales en matière de prévention de la carie dentaire, en tenant compte des inégalités persistantes d'accès aux soins, de l'évolution des données épidémiologiques et scientifiques, des pratiques professionnelles, des enjeux réglementaires, ainsi que des nouvelles orientations stratégiques, notamment la convention nationale dentaire 2023 (32) et le programme « Génération sans carie » portée par l'Assurance Maladie.

1.2.3. Bénéfices attendus

Les enjeux de cette recommandation de santé publique ont été précisés à l'issue d'une réunion de cadrage organisée le 11 septembre 2025 avec les parties prenantes (Annexe 1 et 2), permettant de clarifier les priorités d'action et d'en définir les contours stratégiques.

1.2.3.1. Enjeux économiques

La prévention de la carie dentaire représente un enjeu économique important, au regard du coût généré par les soins dentaires (cf. 1.2.1.4).

Au-delà du bénéfice en termes de santé, le besoin de prioriser la prévention pour maîtriser les dépenses et pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles est important.

Les enjeux économiques liés à la prévention de la carie dentaire sont multiples :

- fonder une politique de prévention sur les stratégies de prévention les plus efficaces selon les populations ciblées ;
- réduire les coûts futurs liés aux soins curatifs ;
- alléger la charge sur le système de santé ;
- limiter les pertes de productivité liées à la maladie ;
- favoriser une allocation équitable des ressources notamment en direction des populations les plus vulnérables.

¹ Les soins en cabinet libéral représentent 13,2 milliards d'euros et les centres de santé représentent 2,5 milliards. A noter que la part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2014 (91,7 % en 2014 contre 84,2 % en 2024) au profit de ceux réalisés en centre de santé (8,3 % en 2014 contre 15,8 % en 2024).

² En 2024, le reste à charge est en baisse de 1 point par rapport à 2023 et de 10 points en dix ans. En particulier, une baisse de 18,8% en 2019 à 15,8 % en 2021 a été observée, avec la mise en place de la réforme du 100 % santé en dentaire.

Un recensement des évaluations économiques réalisées en France sur des programmes de prévention de la carie dentaire sera réalisé afin de préciser les enjeux économiques de la prévention et d'identifier les données économiques manquantes et les actions à mettre en place pour les produire.

1.2.3.2. Enjeux organisationnels

Ils sont inhérents à la nécessité de coordination renforcée entre les acteurs de terrain (chirurgiens-dentistes, médecins, sage-femmes, pharmaciens, assistantes dentaires écoles, collectivités locales) et les institutions nationales. La prévention de la carie dentaire nécessite une articulation claire entre les différents niveaux de prévention et une meilleure intégration dans l'offre de soins existante, encore majoritairement curative.

1.2.3.3. Enjeux éthiques

La carie dentaire reflète et renforce les inégalités sociales de santé. L'accès inégal aux soins, à l'information et aux produits de prévention (dentifrice fluoré, consultations régulières, éducation à l'hygiène) contribue à une plus forte prévalence de la maladie chez les populations défavorisées. Renforcer la prévention, notamment dès le plus jeune âge, constitue un levier essentiel pour réduire ces inégalités et favoriser une meilleure équité en santé. Il est éthiquement nécessaire de garantir à chaque individu l'accès à des mesures de prévention efficaces, validées et à jour.

1.2.3.4. Enjeux réglementaires

La prévention de la carie dentaire en France repose sur un cadre réglementaire structurant les pratiques professionnelles (Code de la santé publique, art. L.5121-1 et suivants), les dispositifs pris en charge (comme le programme M'T Dents de l'Assurance maladie), l'utilisation de produits préventifs (fluor, vernis, scellements), ainsi que les campagnes d'information en santé publique. L'usage du fluor soulève plusieurs enjeux sanitaires et réglementaires en France. Les recommandations spécifiques sur les apports fluorés chez les jeunes enfants traduisent une volonté de concilier efficacité préventive et sécurité d'exposition. En 2025, aucun texte législatif n'autorise aujourd'hui la fluoration systématique de l'eau potable en France. Le sel fluoré est autorisé à la vente en tant que denrée alimentaire complémentée, sous réserve d'un usage volontaire par les consommateurs et son utilisation est strictement interdite en restauration collective, conformément à la réglementation sanitaire en vigueur.

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

- ☐ Professionnels
- ☒ Institutionnels : ils s'agit des décideurs politiques et de la CNAM (demandeur de cette évaluation)
- ☐ Usagers
- ☐ Autres

1.4. Question(s) à traiter

1.4.1. Questions d'évaluation

Le tableau ci-dessous présente les questions d'évaluation, accompagnées de sous-questions, visant à explorer les leviers d'action possibles dans le cadre de la présente évaluation. Ces éléments serviront de base d'analyse sur les âges et publics à cibler, la fréquence optimale de proposition de l'examen bucco-dentaire ainsi que les modalités d'interventions préventives les plus efficaces.

Tableau 2. Questions d'évaluation et éléments d'analyse

N°	Questions d'évaluation	Sous-questions ou éléments à explorer
1	Quelles populations devraient être prioritairement ciblées dans une stratégie nationale de prévention de la carie dentaire, afin de tenir compte des niveaux de risque carieux et des inégalités sociales en France ?	– À partir de quel âge initier la prévention bucco-dentaire, pour en assurer les bénéfices à long terme ? – Quelles tranches d'âge sont les plus vulnérables aux caries dentaires ? – Quelles étapes clés du développement (poussée dentaire, entrée en CP, adolescence) devraient être privilégiées pour optimiser l'impact d'un tel programme ? – Quelles populations présentent un risque accru de carie dentaire en raison de leur exposition à des facteurs spécifiques ? – Certaines populations présentent-elles des difficultés d'accès à la prévention, quelles qu'elles soient, justifiant un ciblage spécifique ?
2	A quelle fréquence l'examen bucco-dentaire doit-il être mis en œuvre / proposé, selon les populations cibles, pour être le plus efficace ?	– Quelle est la fréquence optimale de proposition de l'examen selon l'âge, les moments clés du développement chez l'enfant et le risque ? – Faut-il le cas échéant adapter la fréquence selon les inégalités sociales ou territoriales ?
3	Quelles sont les modalités d'intervention préventive les plus efficaces à mettre en œuvre, incluant les soins de prévention primaires, secondaires ainsi que les actions d'aller-vers en fonction des profils de risque carieux et des caractéristiques des populations ciblées ?	– Quels soins préventifs recommander (fluorés, non fluorés, scellements, traitement restaurateur atraumatique (TRA)) ? – Quelles actions de prévention bucco-dentaire ciblées (ex : télé-médecine³, unités mobiles dentaires, interventions en foyer d'accueil ou Institut Médico-Éducatif) peuvent être mises en œuvre dans les écoles, auprès des femmes enceintes et des personnes vulnérables, et comment les structures relais (PMI, centres sociaux, EHPAD) peuvent-elles en renforcer l'efficacité et l'accessibilité ? – Quels leviers peuvent être mobilisés pour renforcer la collaboration entre professionnels de santé dans la mise en œuvre d'actions de prévention bucco-dentaire efficaces, en tenant compte des besoins de formation continue et des difficultés spécifiques liées à la prévention chez les jeunes enfants ?
4	Quel est le coût de l'actualisation des recommandations HAS sur la prévention des caries dentaires ?	– Coûts de mise en œuvre pour l'Assurance maladie des recommandations HAS

1.4.2. Méthodes d'évaluation

Afin de structurer l'analyse des données probantes et de guider la sélection des études pertinentes, les questions d'évaluation ont été traduites en question PICOT (Population, Intervention, Comparateur, Outcome (critères d'évaluation) et types d'études)) selon leur adéquation avec cette approche. Dans les cas où le format PICOT ne serait pas pertinent, une revue narrative ou un état des lieux des données existantes sera effectué.

³ La télé-médecine désigne l'ensemble des pratiques médicales réalisées à distance grâce aux technologies numériques (visioconférences, messageries sécurisées, applications, etc.). Elle permet par exemple à un professionnel de santé (généraliste ou pédiatre) de réaliser un bilan de santé bucco-dentaire à distance, d'orienter un patient vers un chirurgien-dentiste si besoin, de donner des conseils de prévention (alimentation, hygiène bucco-dentaire) via téléconsultation.

1.4.2.1. Identification des populations à risque ou vulnérables dans une perspective de prévention

Dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de prévention ciblée, il est essentiel d'identifier les populations à risque ou en situation de vulnérabilité, ainsi que les étapes clés du développement (notamment certaines tranches d'âge) à privilégier. L'objectif de cette étape est d'identifier, décrire et analyser les facteurs associés à une vulnérabilité accrue à la carie dentaire. Il s'agit notamment de mieux comprendre les groupes les plus exposés, afin d'adapter les actions de prévention en fonction des besoins spécifiques de ces populations et des contextes ou situations considérés : établissements scolaires, structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, centres de santé, établissements pour personnes en situation de handicap, établissements pour personnes âgées selon les données disponibles.

Pour ce faire, une approche épidémiologique descriptive sera mobilisée. Selon les données disponibles, elle pourra reposer sur les éléments suivants :

- l'exploitation d'études de prévalence, permettant d'estimer la fréquence de la carie dans différents sous-groupes de population ;
- l'exploitation d'études rapportant des analyses multivariées, visant à explorer les associations entre divers facteurs (socio-économiques, comportementaux, environnementaux, etc.) et la survenue de la carie ;
- le recours à des revues de la littérature y compris internationale, de type revues narratives, afin de synthétiser les connaissances existantes sur les facteurs de risque et les profils de vulnérabilité.

1.4.2.2. PICOT

Cette démarche permet de clarifier les éléments clés de chaque question et de faciliter l'identification des critères d'inclusion et d'exclusion des études dans le cadre des études à inclure dans l'évaluation.

1. Quel est l'âge optimal d'initiation de l'examen bucco-dentaire pour qu'il soit le plus efficace ?

Tableau 3. Diagramme PICO – Question 1

Éléments	Description
P Populations	Enfants et jeunes, répartis en tranches d'âge : 0–2 ans (petite enfance) ; 3–5 ans (préscolaire) ; 6–12 ans (scolaire)
I Interventions	Initiation d'un programme de prévention de la carie dentaire à différents âges
C Comparateurs	– Initiation du programme à un âge plus avancé – Initiation du programme selon les pratiques habituelles non standardisées (ex. : opportuniste, à la demande) – Absence d'intervention précoce
O Résultats	– Réduction de l'incidence ou de la prévalence de la carie dentaire – Amélioration des indicateurs de santé bucco-dentaire : réduction de l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées)

	– Retard de soins évité⁴ (nombre de caries non traitées, nombre d'extractions précoces, nombre de consultations d'urgence pour douleurs dentaires, etc.) – Changement de comportements (suivi régulier, par exemple)
T Types d'études	– Revue systématique avec ou sans méta-analyse – Études comparatives randomisées ou non) – Études observationnelles de grande taille

2. À quelle fréquence l'examen bucco-dentaire doit-il être mis en œuvre / proposé, selon les populations cibles, pour être le plus efficace ?

Tableau 4. Diagramme PICO – Question 2

Eléments	Description
P Populations*	– Avant 6 ans : prévention, alimentation, respiration, hygiène de base – 6 – 9 ans : éruption de la première molaire définitive. – 9 ans : dépistage et prise en charge précoce en orthodontie – 12 – 15 ans : moment critique sur le plan nutritionnel, en lien avec une consommation élevée de sucre (boissons, aliments transformés) – 18 – 25 : période de sortie du foyer, souvent marquée par une rupture de suivi, une perte d'adhérence aux soins – Femmes enceintes – Population carcérale – Personnes en situation de handicap institutionnalisées – Personnes âgées en établissement – Autres populations identifiées au cours de la revue de la littérature
I Interventions	Examen bucco-dentaire mis en œuvre / proposé à des fréquences variables
C Comparateurs	– Fréquences variables de l'examen bucco-dentaire – Fréquence annuelle (actuellement définie par le programme « M'T Dents tous les ans ») – Absence d'examen bucco-dentaire –
O Résultats	– Réduction de l'incidence ou de la prévalence de la carie dentaire – Amélioration des indicateurs de santé bucco-dentaire : réduction de l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées) – Retard de soins évité⁵ (nombre de caries non traitées, nombre d'extractions précoces, nombre de consultations d'urgence pour douleurs dentaires, etc.) – Changement de comportements (suivi régulier, par exemple)
T Types d'études	– Revue systématique avec ou sans méta-analyse – Études comparatives randomisées ou non) – Études observationnelles de grande taille

* Segmentation par tranches d'âges proposée par les parties prenantes lors de la réunion de cadrage et reposant sur les étapes clés de développement de la carie dentaire ou les situations favorisant son apparition.

3. Quelle est l'efficacité des stratégies de prévention de la carie dentaire selon les populations identifiées ?

⁴ Le retard de soin correspond à l'écart temporel entre le moment où un soin aurait dû être réalisé (carie débutante détectable) et le moment où il est effectivement réalisé, ou aggravé par l'absence de soin.

⁵ Le retard de soin correspond à l'écart temporel entre le moment où un soin aurait dû être réalisé (carie débutante détectable) et le moment où il est effectivement réalisé, ou aggravé par l'absence de soin.

Tableau 5 Diagramme PICO – Question 3

Eléments	Description
P Populations	– Petite enfance (0-2 ans) – Enfants (3-12 ans) – Adolescents (13-17 ans) – Jeunes adultes (18-24 ans) – Femmes enceintes – Population carcérale – Personnes en situation de handicap institutionnalisées – Personnes âgées en établissement – Autres populations identifiées au cours de la revue de la littérature
I Interventions	Stratégies de prévention de la carie dentaire : – Fluor (dentifrice, fluorure de diamine d'argent, vernis fluorés) ; – Scellement des sillons ; – Traitement restaurateur atraumatique ; – Application de CPP-ACP ; – Réduction des risques (chewing-gum au xylitol, rinçage de la bouche à l'eau) ; – Interventions combinées ; – etc.
C Comparateurs	– Soins usuels / courants – Absence d'intervention
O Résultats	– Réduction de l'incidence ou de la prévalence de la carie dentaire – Amélioration des indicateurs de santé bucco-dentaire : réduction de l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées) – Retard de soins évité⁶ (nombre de caries non traitées, nombre d'extractions précoces, nombre de consultations d'urgence pour douleurs dentaires, etc.) – Changement de comportements (suivi régulier, par exemple) – Acceptabilité par les professionnels et les patients
T Types d'études	– Revue systématique avec ou sans méta-analyse – Études comparatives randomisées ou non) – Études observationnelles de grande taille

Certaines des stratégies de prévention de la carie dentaire présentées dans les tableaux PICOT sont en cours d'évaluation au sein du SEAP dans le cadre de la prévention secondaire (fluorure de diamine d'argent, traitement restaurateur atraumatique et scellement thérapeutique des sillons). Les résultats de l'évaluation du SEAP pourront être complétés autant que de besoin afin de répondre à la saisine de la CNAM.

4. Quel est le coût de l'actualisation des recommandations HAS sur la prévention des caries dentaires ?

La possibilité de répondre à cette question, ainsi que la méthode pour évaluer l'impact financier de l'actualisation des recommandations sera précisée une fois que les travaux sur l'actualisation des recommandations auront suffisamment avancé.

⁶ Le retard de soin correspond à l'écart temporel entre le moment où un soin aurait dû être réalisé (carie débutante détectable) et le moment où il est effectivement réalisé, ou aggravé par l'absence de soin.

Les réponses apportées aux 4 questions d'évaluation présentées ci-dessus permettront d'identifier d'éventuels ajustements ou initiatives complémentaires visant à renforcer la portée et le contenu du programme « M'T dents tous les ans ». Il s'agit notamment de préciser les critères épidémiologiques, sociaux, économiques pouvant guider une modification du programme ainsi que d'identifier de potentiels freins à l'accès aux soins inhérents au programme « M'T dents tous les ans ».

1.4.3. État des lieux documentaire

La recherche documentaire portera sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage sur la période de janvier 2010 à septembre 2025. Il s'agit notamment des études couvrant ou incluant une analyse de l'âge d'initiation d'un programme de prévention de la carie dentaire, de la fréquence des visites de prévention bucco-dentaire, d'une analyse des méthodes de prévention. Les types d'études recherchées seront prioritairement des revues systématiques et des recommandations de prévention de la carie dentaire en France et à l'international. Le cas échéant, cette recherche documentaire inclura des essais randomisés contrôlés ou à défaut des études observationnelles.

Les sources suivantes seront interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données MedLine, Embase ; Emcare ;
- pour la littérature francophone : Oscar Santé ;
- la Cochrane Library ;
- les sites internet publiant des recommandations ;
- les sites Internet des sociétés savantes, agences et ministères compétents dans le(s) domaine(s) étudié(s).

Cette recherche sera complétée par les éléments bibliographiques transmis par les parties prenantes à l'issue de la réunion de cadrage, ainsi que par les experts du groupe de travail qui sera constitué.

Une revue exploratoire de la littérature, menée en France et à l'international, a permis d'identifier plusieurs publications pertinentes en lien avec les différents aspects qui seront examinés dans le cadre de la présente demande.

1.4.3.1. L'âge d'initiation du programme de prévention de la carie dentaire

- Une revue systématique de 2014 publiée aux États-Unis (34) ;
- Une revue de portée (scoping review) de 2020 en Australie (35) ;
- Une étude sur base de données d'assurance privée de 2021 aux États-Unis (36) ;
- Une étude de cohorte prospective de 2020 en Australie (37).

1.4.3.2. La fréquence des visites de prévention bucco-dentaire

- Une revue Cochrane de 2020 (38) ;
- Une étude randomisée contrôlée multicentrique de 2021 publié au Royaume Uni (39).

1.4.3.3. Les méthodes de prévention

L'utilisation et l'efficacité du fluorure de diamine ont été étudiées dans plusieurs revues systématiques incluant aussi bien des populations pédiatriques que des adultes. Il s'agit notamment de 4 études au Royaume-Uni (40-43) 2 études aux États-Unis (44, 45), 2 études en Suisse (46, 47).

Plusieurs revues systématiques identifiées ont étudié l'efficacité du dentifrice fluoré. Dans cette revue préliminaire pour cette évaluation, 8 études ont ainsi été identifiées : 2 études au Royaume-Uni (48,

49), 2 études de Hong Kong (43, 50), 1 étude respectivement en Norvège (51), Australie (52), Brésil (43) et aux États-Unis (53).

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

Fluor systémique : en France, son usage est encadré comme médicament soumis à prescription médicale, réservé aux situations individuelles justifiées par un risque carieux élevé, conformément aux recommandations des autorités sanitaires et à la réglementation sur les médicaments (Code de la santé publique, art. L.5121-1 et suivants). Ainsi le fluor systémique (gouttes, comprimés fluorés, sel fluoré, eau fluorée) ne fera pas l'objet d'une question d'évaluation dans le cadre de cette recommandation en santé publique ; un rappel sur l'état de l'art et la réglementation française sera présenté.

Impact de l'alimentation dans la santé orale : cette question relève de Santé publique France en charge de la surveillance et de la promotion de la nutrition et de l'activité physique, notamment via le Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Développement de l'éducation à la santé bucco-dentaire pour le grand public : il relève du Ministère chargé de la Santé qui pilote actuellement l'élaboration d'une stratégie nationale de santé orale visant à promouvoir la prévention tout au long de la vie, notamment auprès des enfants, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de précarité mais également de Santé publique France qui conçoit et diffuse des programmes nationaux de prévention de la santé bucco-dentaire, tout en formant et coordonnant les actions de promotion de la santé sur le territoire.

Place de la télé dentisterie et de la télé observance⁷ : bien que potentiellement utiles comme modes de soutien logistique à certaines actions de prévention, ces outils ne constituent pas des interventions de santé publique directement destinées à réduire l'incidence de la carie dentaire. Ils relèvent davantage du champ de l'organisation des soins que de celui des recommandations stratégiques de prévention en population.

Définition des missions des assistantes dentaires de niveau 2 : au regard des articles L. 161-37 du Code de la sécurité sociale, il ne ressort pas de ces dispositions relatives aux recommandations de santé publique que la CEESP dispose d'une mission lui permettant de se prononcer sur la répartition des compétences entre professionnels de santé. Par ailleurs, au-delà de la CEESP, la HAS n'a pas de compétence spéciale relative à cette question.

Impact économique des stratégies de prévention et de promotion de la santé (PPS) bucco-dentaire. Compte tenu du calendrier de l'actualisation des recommandations, et des données nécessaires qui ne sont pas directement disponibles, il n'est pas possible de réaliser dans l'immédiat une analyse coût-bénéfice ou coût-résultat des stratégies de PPS bucco-dentaire. Par ailleurs, il n'est pas attendu que l'alternative qui consisterait à réaliser une revue de la littérature étrangère apporte l'information pertinente en raison des limites des études, en particulier en termes de transposabilité à la France.

⁷ La télé dentisterie regroupe les actes de soins dentaires réalisés à distance, souvent en collaboration avec d'autres professionnels. Elle permet d'évaluer la santé bucco-dentaire d'un enfant à distance via des photos ou vidéos intra-buccales prises par un professionnel (infirmier, assistant dentaire, etc.), une téléexpertise entre un professionnel de santé non-dentiste et un chirurgien-dentiste, pour interpréter des signes précoces de carie, un suivi de l'état bucco-dentaire dans des zones sous-dotées en dentistes.

La téléobservance est l'usage d'outils numériques pour suivre et encourager l'adhésion du patient aux recommandations de traitement ou de prévention. Il peut s'agir d'applications mobiles pour suivre le brossage des dents des enfants, avec alertes ou rappels, de plateformes de suivi pour vérifier si un enfant utilise correctement un traitement fluoré, d'envoi de messages de rappel ou d'éducation thérapeutique (brossage, alimentation, rendez-vous de contrôle).

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

- Recommandation de santé publique

La production envisagée répondra au format d'une recommandation en santé publique.

2.2. Méthode HAS retenue

→ ☒ **Production HAS** ou ☐ **Partenariat**

- Autre méthode (à préciser)

Évaluation de santé publique

Éléments justificatifs du choix de la méthode

La disponibilité des données lors de la recherche bibliographique préliminaire motive le choix d'une évaluation classique de la HAS.

Ainsi, la recommandation de santé publique sera élaborée selon les étapes suivantes :

1. Instruction du dossier : la HAS effectue la synthèse et l'analyse scientifique des données disponibles nécessaires à partir d'une revue de la littérature ;
2. Constitution d'un groupe d'experts externes par appel à candidature ou sollicitation des sociétés savantes et CNP après examen de DPI ;
3. Réunion (groupe de travail) avec les membres du groupe d'experts et discussion ;
4. Examen du projet de recommandation par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) ;
5. Validation au Collège de la HAS ;
6. Publication sur le site internet de la HAS.

2.3. Modalités de travail

→ ☒ **Groupe de travail (GT) ou de parties prenantes**

Composition du groupe :

Les experts relevant des organisations identifiées en Annexe 1 pourraient être sollicités en phase d'évaluation de ce travail. Seront notamment associés à ce groupe de travail :

Professionnels de santé / organisations	Nombre d'experts
– Chirurgiens-dentistes, incluant la pratique libérale et hospitalière et/ou de centres de santé, odontologie pédiatrique et santé publique buccodentaire	2
– Gériatre	1
– Infirmière / infirmier de l'éducation nationale	1
– Médecin de santé publique	1
– Médecin généraliste	1
– Médecin de prévention en milieu scolaire	1
– Pédiatre	1

– Professionnels exerçant en PMI	1
– Représentants d’associations de patients ou d’usagers	2
– Economiste de la santé	1
– Sociologue	1

→ ☐ **Auditions ou entretiens exploratoires**

- ☒ Experts individuels
- ☐ Parties prenantes
- ☐ Institutions (agences, financeurs...)

→ ☐ **Phase de relecture**

- ☐ Groupe de lecture (GL)
- ☒ Avis des parties prenantes
- ☐ Consultation publique
- ☐ Autres

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de début de l’évaluation : 10/11/2025
- GT1 et 2 : T1-2 2026
- Présentation CEESP : T2-3 2026
- Validation Collège : T3 2026

4. Stratégie d'accompagnement pour favoriser l'appropriation

4.1. Actions prévues par le demandeur

- ☐ Non
- ☒ Oui : Non précisées par le demandeur

4.2. Actions prévues par la HAS

- ☐ Partenariat / Collaboration
- ☒ Production complémentaire à destination des usagers
- ☐ Campagne renforcée de communication
- ☒ Traduction d'un document en anglais
- ☐ Suivi d'indicateurs ou mesure d'impact
- ☐ Appui de la MAI
- ☐ Autre

5. Ressources et circuit de validation

5.1. Ressources humaines internes et externes

Cette évaluation impliquera des ressources internes à la HAS : 2 chefs de projets, 1 assistante et un adjoint au chef de service SESPEV.

Elle impliquera également des membres du GT dont le nombre n'est pas défini à ce stade de l'instruction.

5.2. Processus de validation prévisionnel

➔ Passage(s) en commission

- ☒ CEESP :
- ☐ CNEDiMTS :
- ☐ CT :
- ☐ CEDiag :
- ☐ CTV :
- ☐ CCES :
- ☐ CSMS :
- ☐ CRPPI :
- ☐ CEU :

➔ Validation finale

- ☐ CSMS :
- ☐ CT :
- ☐ CEESP :
- ☐ CNEDIMTS :
- ☒ Collège : COI : / CD :

Annexe 1. Acteurs sollicités en amont du cadrage et à associer pour l'évaluation

Professionnels devant être représentés dans le groupe de travail et de lecture	Chirurgiens-dentistes incluant des praticiens libéraux et des praticiens hospitalier et/ou de centres de santé, des spécialistes de l'odontologie pédiatrique et de la santé publique buccodentaire, économistes de la santé (si analyse économique envisagée par le S2E), gériatres, infirmières scolaires, médecins de santé publique, médecins généralistes, médecins scolaires, pédiatres, stomatologistes, sage-femmes, usagers.
Demandeurs	CNAM UFSBD
Structures ou institutions sollicitées et présentes pour la réunion de cadrage	Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) Direction Générale de la Santé (DGS) CNP chirurgie dentaire CNP médecine bucco-dentaire (MBD) Association la DENT BLEUE Association Santé Orale Spécifique (SOSS)
Structures identifiées pour la phase d'évaluation (groupe de travail)	ADF (Association Dentaire Française) ANSES (Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé) APSEP (association des professionnels de santé exerçant en prison) CES (collège des économistes de la santé) CISS (Collectif inter associatif sur la santé) Collège des enseignants de santé publique buccodentaire Conférence nationale de santé (CNS) Éducation Nationale HCSP (Haut Conseil de santé publique) Santé publique France (nutrition) SFOP (Société Française d'odontologie pédiatrique) SFP (Société française de pédiatrie) SFSP (Société française de santé publique) SFSCMF (Société française de stomatologie chirurgie maxillo-faciale) Sociétés de médecine générale (SFMG, SFTG, SFDRMG, CNGE)

Annexe 2. Compte rendu de la réunion de cadrage du 11 septembre 2025

Rappel du contexte et de la saisine

- Demande d'actualisation inscrite dans une dynamique de cohérence avec la convention nationale dentaire 2023-2028, la démarche « Générations sans carie » portée par l'Assurance Maladie, l'évolution des politiques de santé publique plaçant la prévention au cœur des priorités.
- Nécessité de prendre en compte les inégalités persistantes d'accès aux soins, notamment chez les plus jeunes et les publics vulnérables, l'évolution des données épidémiologiques et scientifiques, le changement des pratiques professionnelles et les enjeux réglementaires.

Points de discussion

L'équipe projet a présenté les différents axes d'évaluation envisagés, notamment l'identification des populations cibles, l'âge opportun d'initiation de l'examen bucco-dentaire, la fréquence de l'examen bucco-dentaire et les interventions de prévention identifiées à ce stade. Elle a demandé aux parties prenantes de se prononcer sur la pertinence des axes d'évaluation envisagés ainsi que sur les indicateurs de résultats.

1. Définition des populations cibles dans la stratégie de prévention de la carie dentaire

Les parties prenantes ont identifié des situations d'intérêt dans le cadre de cette évaluation de santé publique,

- Populations spécifiques ou vulnérables :
 1. situations de précarité (réseau d'éducation prioritaire, personnes isolées ou sous-main de justice, personnes exilées ou migrantes) ;
 2. situations de handicap (enfants non scolarisés notamment) et institutionnalisation (ESMS, EHPAD) ;
 3. zones sous-dotées en professionnels de santé ;
 4. territoires isolés.
- Segmentation nécessaire des tranches d'âge mentionnées :
 1. Avant 3 ans
 2. 3–6 ans
 3. 6–9 ans
 4. Adolescence
 5. Jeunes adultes

Les messages de prévention doivent être adaptés à chaque âge.

2. Evaluation de l'âge d'initiation de l'examen bucco-dentaire (EBD)

Sur ce point, les parties prenantes ont souligné :

- L'importance d'une initiation très précoce. L'argument principal est que la carie est une maladie comportementale et multifactorielle.
 1. Facteurs impliqués dès la petite enfance : habitudes alimentaires, hygiène bucco-dentaire parentale, environnement familial (fratrie, niveau socio-éducatif).
 2. Apparition des premières dents : moment clé pour initier les messages de prévention.

3. Période de la grossesse et des 1000 premiers jours : périodes pertinentes d'initiation de l'examen bucco-dentaire (les comportements de la mère influencent directement la santé bucco-dentaire de l'enfant),
 4. Soulignement du rôle des inégalités sociales : plus la prévention commence tôt, plus elle peut contribuer à les réduire.
- Des indicateurs de résultats ont été cités par les parties prenantes incluant le pourcentage d'enfants indemnes de carie à différents âges, le nombre de dents cariées, absentes ou obturées – dents temporaires (indice CAO-d), la fréquence des consultations préventives par tranche d'âge, le recours aux soins curatifs avant 6 ans, les indicateurs spécifiques pour les populations vulnérables (suivies en PMI, etc.), le retard de soins évités.
 - Certains contextes spécifiques doivent être pris en compte : les déserts médicaux (notamment en chirurgie dentaire), les territoires isolés ou ultramarins (ex. : Guyane). Ces territoires posent des défis de faisabilité pour la mise en œuvre de programmes initiés précocement, mais ils doivent rester inclus dans la stratégie, avec des adaptations spécifiques.

3. Des points de discussion complémentaires ont été abordés :

- La faisabilité d'une initiation précoce a fait l'objet de discussions en raison de la démographie des professionnels de santé (notamment chirurgiens-dentistes) et de la capacité des structures existantes à intervenir tôt. La prévention ne doit pas se limiter aux seuls dentistes mais impliquer un écosystème élargi (PMI, pharmaciens, professionnels de la petite enfance, du secteur social, et d'autres acteurs du champ médico-social) ou prévoir un recours à la télémedecine pour les zones isolées ou les structures médico-sociales.
- Le délai entre la demande de rendez-vous et l'obtention effective des soins est soulevé comme un obstacle important, en particulier dans certaines zones. Des observations concrètes sur les plateformes de rendez-vous suggèrent que certains praticiens refuseraient de nouveaux patients ou de prendre en charge des enfants en dessous d'un certain âge (3, 6, 9 ou 12 ans). Ces refus excluraient de fait précisément les tranches concernées par la prévention. La demande est faite d'inclure le délai comme indicateur à part entière : non seulement en tant qu'indicateur d'accès, mais aussi en tant qu'indicateur de résultat, car un retard de soins peut aggraver les pathologies (ex. : une carie initiale qui évolue vers un soin plus lourd). Un point est également soulevé sur la règle imposée par certains cabinets : obligation de présence d'un parent pour les mineurs, y compris les plus âgés, ce qui peut constituer une barrière logistique pour certaines familles.

4. Evaluation de la fréquence de l'examen bucco-dentaire (EBD)

L'équipe projet de la HAS ouvre le débat sur la fréquence à recommander pour les examens bucco-dentaires dans les différents groupes d'âge. Une réflexion est engagée pour identifier d'éventuels moments-clés du développement de l'enfant à prioriser, évaluer si certaines tranches d'âge nécessitent un suivi plus rapproché ou peuvent, au contraire, bénéficier d'une fréquence réduite, intégrer des modulations selon le niveau de risque carieux. L'objectif est de raisonner en termes d'efficacité populationnelle, sur la base d'indicateurs pertinents et de résultats observés dans la littérature.

Les parties prenantes ont souligné l'intérêt d'une évaluation de la fréquence de l'EBD différenciée selon la population ciblée ou le contexte spécifique visé :

- Suivi annuel pour la population générale ;

- Fréquence distincte selon les tranches d'âge et le risque carieux individuel incluant le risque carieux élevé mais aussi d'éventuelles anomalies orthodontiques précoces (béances, articulé inversé...), d'affections comme les MIH (hypominéralisations de l'émail), de comportements alimentaires ou respiratoires à risque ;
- Stratification de référence en termes de tranches d'âge pour guider les priorités d'intervention préventive : l'âge de 6 ans a longtemps été central en raison de l'éruption de la première molaire définitive. D'autres tranches d'âge clés sont identifiées : avant 6 ans (prévention, alimentation, respiration, hygiène de base), autour de 9 ans (dépistage et prise en charge précoce en orthodontie), 12–15 ans (période fréquente de traitement orthodontique, moment critique sur le plan nutritionnel, en lien avec une consommation élevée de sucre (boissons, aliments transformés)), 18–25 ans (période de sortie du foyer, souvent marquée par une rupture de suivi, une perte d'adhérence aux soins).
- Modulation selon le contexte social, les territoires : déserts médicaux, personnes en détention ou en grande précarité, personnes en situation de handicap.

Une discussion a eu lieu sur la nécessité de réévaluer les outils de stratification du risque : il est rappelé qu'un travail avait déjà été mené par la HAS dans le cadre des recommandations sur le scellement prophylactique des sillons, incluant une appréciation du risque carieux. Une refonte des outils de stratification du risque carieux est aujourd'hui demandée par certaines sociétés savantes.

Concernant les indicateurs de résultats, les parties prenantes ont indiqué que le nombre moyen de consultations par an par tranche d'âge, le taux de respect des recommandations de fréquence, la corrélation entre fréquence et le taux de caries (indice CAO), ainsi que l'écart de fréquence entre populations générales et vulnérables devaient être pris en considération.

5. Evaluation des interventions de prévention

- Au-delà **des interventions de prévention** identifiées par l'équipe projet, les parties prenantes ont attiré l'attention sur la nécessité d'inclure les interventions comportementales telles que les conseils nutritionnels. L'équipe projet de la HAS rappelle que, bien que certains sujets soient transversaux et liés (alimentation, ventilation, nutrition), elle se limite à son périmètre d'intervention, en coordination avec les autres institutions concernées (SPF, CNAM...). Elle précise qu'une revue de littérature complète sur l'alimentation ne sera pas conduite, mais que le sujet pourra être mentionné de manière ciblée avec renvoi aux instances compétentes.
- **La réduction des risques** (chewing-gum au xylitol, rinçage à l'eau) a également été évoquée. Le HCSP (2022) mentionne l'intérêt de la RDR pour les personnes qui ne peuvent pas se brosser les dents (verre d'eau, chewing-gum xylitol). Le message de réduction des risques (ex. : rinçage à l'eau) ne doit pas remplacer des soins ou pratiques standards, mais peut être une option minimale pour certains cas extrêmes.
- Les interventions de prévention doivent être abordées selon l'âge, le risque individuel et le contexte social mais aussi le contexte organisationnel (en milieu scolaire par exemple).
- **Les indicateurs de résultats** cités par les parties prenantes : la faisabilité dans différents contextes (libéral, scolaire, médico-social), l'acceptabilité par les professionnels et les usagers, l'impact sur les indicateurs de santé bucco-dentaire (CAO, recours aux soins, enfants indemnes de carie).

6. Points complémentaires et sources citées par les parties prenantes

- Autres points abordés au cours de la réunion de cadrage
- Nécessité d'uniformisation institutionnelle des messages de prévention,
- Valorisation des actes de prévention et questions budgétaires et de financement relatives à la prévention versus le soin notamment celle des adultes de plus de 25 ans,
- Refus de soins dus à l'âge, au handicap ou à la précarité.

Sources citées

- **La CNAM débute une enquête pour recueillir de nouvelles données sur la santé orale de 6 500 jeunes assurés sur les tranches d'âge, 3, 6, 9, 12 et 15 ans.** Cette enquête sera lancée dans des écoles en zones défavorisées à la rentrée scolaire 2025-2026 (les dernières données de santé bucco-dentaire au niveau national datent de 2006). Ces données permettront de mesurer la prévalence de la carie chez l'enfant et les besoins en soins dentaires et en soins orthodontiques. Des données seront également recueillies sur les habitudes de vie du patient en termes de brossage des dents et d'alimentation. L'Inserm a convenu d'un partenariat avec la CNAM pour aider à exploiter l'ensemble des données recueillies et restituer un rapport sur cette enquête. Un premier rapport intermédiaire devrait être disponible en septembre 2026.
- Données de l'Assurance Maladie (MT Dents, génération sans caries).
- Enquêtes EnClass (enquêtes nationales en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances).
- Baromètre Handifaction : baromètre national qui mesure l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.
- Baromètre INPES
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)
- EHIS (European Health Interview Survey)
- Actualisation du guide du Comède sur la santé bucco-dentaire
- Rapports, thèses et évaluations sur les expérimentations Article 51

Références

1. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_991244/fr/argumentaire-strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
2. Assurance maladie. Générations sans carie : un virage pour la prévention de la santé bucco-dentaire. Actualité [En ligne]: ameli.fr; 2025.
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/actualite/generations-sans-carie-un-virage-pour-la-prevention-de-la-sante-bucco-dentaire>
3. Shay K. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. Clin Infect Dis 2002;34(9):1215-23.
<https://dx.doi.org/10.1086/339865>
4. Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, Osinbowale O, Trevisan M, Levison ME, *et al.* Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association?: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012;125(20):2520-44.
<https://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31825719f3>
5. Tonetti MS, Van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAPWorkshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol 2013;84(4S).
<https://dx.doi.org/10.1902/jop.2013.1340019>
6. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG 2006;113(2):135-43.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00827.x>
7. Kamer AR, Craig RG, Dasanayake AP, Brys M, Glodzik-Sobanska L, de Leon MJ. Inflammation and Alzheimer's disease: possible role of periodontal diseases. Alzheimers Dement 2008;4(4):242-50.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2007.08.004>
8. World Health Organization. Oral health [En ligne]. Geneva: WHO; 2025.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
9. Doméjean S, Roger V, Maret D, Mocquot C, Twardowski CL, Crystal YO, Featherstone JD. Évaluation du risque carieux. L'Information Dentaire 2025;(8):16-26.
10. Cagetti MG, Bonta G, Cocco F, Lingstrom P, Strohmer L, Campus G. Are standardized caries risk assessment models effective in assessing actual caries status and future caries increment? A systematic review. BMC Oral Health 2018;18(1):123.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12903-018-0585-4>
11. Organisation mondiale de la Santé. Prévention et traitement des caries dentaires avec des produits sans mercure et une intervention minimale : série de notes d'information de l'OMS sur la santé buccodentaire. Genève: OMS; 2022.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354385/9789240049031-fre.pdf?sequence=1>
12. Decup F, Leger S, Lefevre S, Domejean S, Grosgeat B. Risk factors or indicators for dental caries and tooth wear and their relative importance in adults according to age. J Dent 2024;147:105092.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105092>
13. Bahardoust M, Salari S, Ghotbi N, Rahimpour E, Haghmoradi M, Alipour H, Soleimani M. Association between prenatal vitamin D deficiency with dental caries in infants and children: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2024;24(1):256.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06477-0>
14. Costa EM, Tomaz DS, de Sousa FS, Thomaz AF, Souza SFC, Ribeiro CCC, *et al.* Substance use during pregnancy and childhood dental caries: a Brazilian cohort study. Sci Rep 2025;15(1):5982.
<https://dx.doi.org/10.1038/s41598-024-83609-8>
15. Samani D, Ziaei S, Musaie F, Mokhtari H, Valipour R, Etemadi M, *et al.* Maternal smoking during pregnancy and early childhood dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health 2024;24(1):781.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12903-024-04548-4>
16. Ancely A, Laurencin-Dalieux S, Baussois C, Blanc A, Nabet C, Thomas C, Fournier G. Caries and periodontal health status of male inmates: a retrospective study conducted in a French prison. Int J Prison Health (2024) 2024;20(3):344-59.
<https://dx.doi.org/10.1108/IJOPH-10-2022-0066>
17. Korkosz R, Trzcionka A, Hildebrandt T, Kielbratowski M, Kuska-Kielbratowska A, Rahnama M, Tanasiewicz M. Oral Findings in Male Prisoners: A Systematic Review. J Clin Med 2024;13(6).
<https://dx.doi.org/10.3390/jcm13061736>
18. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. Spec Care Dentist 2010;30(3):110-7.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x>
19. Bracconi M, Michault A, Rey-Quinio C, Hvostoff C. Suivi bucco-dentaire des personnes handicapées : étude transversale descriptive en établissements sociaux et médico-sociaux. Sante Publique 2023;35(HS1):17-28.
<https://dx.doi.org/10.3917/spub.hs1.2023.0017>
20. Chen JT, Tsai S, Chen MH, Pitiphat W, Matangkasombut O, Chiou JM, *et al.* Association between oral health and cognitive impairment in older adults: Insights from a Six-year prospective cohort study. J Dent 2024;147:105088.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105088>
21. Droz D, Sixou JL, Delfosse C, Vital S, Muller-Bolla M. Le fluor en prévention primaire : Recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique. Rev Francoph Odontol Pediatr 2021;16(1):1-10.
22. Bemihary C. Interventions efficaces pour prévenir la carie dentaire : Revue systématique des revues systématiques [Diplôme d'état de docteur en chirurgie

dentaire]. Bordeaux: Université de Bordeaux U.F.R. d'odontologie; 2020.

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971402/file/Odonto_2020_Bemihary.pdf

23. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Makela M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;7(7):CD001830. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001830.pub5>

24. MaBoucheMaSante. Le site qui vous dit tout sur votre santé bucco-dentaire ! [En ligne]. Paris: UFSBD; 2025. <https://www.mabouchemasante.fr/>

25. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;2013(7):CD002279. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002279.pub2>

26. Horst JA, Ellenikiotis H, Milgrom PL. UCSF Protocol for Caries Arrest Using Silver Diamine Fluoride: Rationale, Indications and Consent. J Calif Dent Assoc 2016;44(1):16-28.

27. Association Internationale de Dentisterie Pédiatrique. Traitement restaurateur atraumatique : Articles fondamentaux et recommandations. Genève: IAPD; 2022. <https://iapdworld.org/wp-content/uploads/2023/01/Traitement-restaurateur-atraumatique.pdf>

28. Baccolini V, da Silva LP, Teixeira L, de Sousa RT, Manarte-Monteiro P. The Role of Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate (CPP-ACP) in White Spot Lesion Remineralization-A Systematic Review. J Funct Biomater 2025;16(8). <https://dx.doi.org/10.3390/jfb16080272>

29. Rapport du 17.01.25 sur la santé buccodentaire [En ligne]. Paris: Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles; 2025. <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-rapports-et-recommandations/mandature-2020-2025/article/rapport-du-17-01-25-sur-la-sante-buccodentaire>

30. Denis F, Brun C, Walger R, Ghadi SM, Tubert-Jeannin S, Baudot P, *et al.* Démocratie en santé et santé bucco-dentaire. Sante Publique 2025;37(2):15-8. <https://dx.doi.org/10.3917/spub.252.0015>

31. Feuille de route du gouvernement sur la santé de l'enfant. Dans: Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. Dossier de presse. Paris: Ministère du travail, de la santé et des solidarités; 2024. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-lenfant.pdf>

32. Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie [En ligne]: Legifrance; 2023. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047996103>

33. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les soins dentaires. Dans: Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé. Paris: DREES; 2025. p. 66-71. <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025->

[09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202024_MEL.pdf](https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202024_MEL.pdf)

34. Bhaskar V, McGraw KA, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. Clin Cosmet Investig Dent 2014;6:21-7. <https://dx.doi.org/10.2147/CCIDE.S41499>

35. Dickson-Swift V, Kenny A, Gussy M, McCarthy C, Bracksley-O'Grady S. The knowledge and practice of pediatricians in children's oral health: a scoping review. BMC Oral Health 2020;20(1):211. <https://dx.doi.org/10.1186/s12903-020-01198-0>

36. McGivern S, Ahmed I, Beymer MR, Okunev I, Tranby EP, Frantsve-Hawley J, Ramos-Gomez F. Association between first oral examination characteristics and dental treatment needs in privately insured children: A claims data analysis. J Am Dent Assoc 2021;152(11):936-42 e1. <https://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2021.05.020>

37. Chattopadhyay A, Christian B, Masood M, Calache H, Carpenter L, Gibbs L, Gussy M. Natural history of dental caries: Baseline characteristics of the VicGen birth cohort study. Int J Paediatr Dent 2020;30(3):334-41. <https://dx.doi.org/10.1111/ipd.12609>

38. Fee PA, Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Boyers D, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020;10(10):CD004346. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004346.pub5>

39. Clarkson JE, Pitts NB, Fee PA, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, *et al.* Examining the effectiveness of different dental recall strategies on maintenance of optimum oral health: the INTERVAL dental recalls randomised controlled trial. Br Dent J 2021;230(4):236-43. <https://dx.doi.org/10.1038/s41415-021-2612-0>

40. Hendre AD, Taylor GW, Chavez EM, Hyde S. A systematic review of silver diamine fluoride: Effectiveness and application in older adults. Gerodontology 2017;34(4):411-9. <https://dx.doi.org/10.1111/ger.12294>

41. Seifo N, Cassie H, Radford JR, Innes NPT. Silver diamine fluoride for managing carious lesions: an umbrella review. BMC Oral Health 2019;19(1):145. <https://dx.doi.org/10.1186/s12903-019-0830-5>

42. Trieu A, Mohamed A, Lynch E. Silver diamine fluoride versus sodium fluoride for arresting dentine caries in children: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2019;9(1):2115. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-38569-9>

43. Duangthip D, Jiang M, Chu CH, Lo EC. Non-surgical treatment of dentin caries in preschool children systematic review. BMC Oral Health 2015;15:44. <https://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0033-7>

44. Contreras V, Toro MJ, Elías-Boneta AR, Encarnación-Burgos A. Effectiveness of silver diamine fluoride in caries prevention and arrest: a systematic literature review. Gen Dent 2017;65(3):22-9.

45. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, Fontana M, Guzman-Armstrong S, Nascimento MM, *et al.* Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative

treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc 2018;149(10):837-49 e19.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2018.07.002>

46. Hafiz Z, Allam R, Almazyad B, Bedaiwi A, Alotaibi A, Almubrad A. Effectiveness of Silver Diamine Fluoride in Arresting Caries in Primary and Early Mixed Dentition: A Systematic Review. Children 2022;9(9).

<https://dx.doi.org/10.3390/children9091289>

47. Muntean A, Mzoughi SM, Pacurar M, Candrea S, Inchingolo AD, Inchingolo AM, *et al.* Silver diamine fluoride in pediatric dentistry: Effectiveness in preventing and arresting dental caries-a systematic review. Children 2024;11(4).

<https://dx.doi.org/10.3390/children11040499>

48. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P, *et al.* Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;2013(5):CD009378.

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009378.pub2>

49. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncio A. Fluoride toothpastes of different

concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;3(3):CD007868.

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>

50. He S, Choong EKM, Duangthip D, Chu CH, Lo ECM. Clinical interventions with various agents to prevent early childhood caries: A systematic review with network meta-analysis. Int J Paediatr Dent 2023;33(5):507-20.

<https://dx.doi.org/10.1111/ipd.13055>

51. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant - or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. BMC Oral Health 2018;18(1):20.

<https://dx.doi.org/10.1186/s12903-018-0478-6>

52. Raphael S, Blinkhorn A. Is there a place for Tooth Mousse in the prevention and treatment of early dental caries? A systematic review. BMC Oral Health 2015;15(1):113.

<https://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0095-6>

53. Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. J Am Dent Assoc 2014;145(2):182-9.

<https://dx.doi.org/10.14219/jada.2013.37>

