Détermination de la périodicité des visites d'aptitude dentaire au service des armées

M. Gunepin[a], F. Derache[b], J.-P. Fogel[c], J.-M. Richard[b], D. Rivière[d]

a Équipe résidente de recherche subaquatique opérationnelle de l'Institut de recherche biomédicale des armées, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 9.
b Centre médical des armées de Draguignan, BP 400 – 83007 Draguignan Cedex.
c Fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve, 54 cours de Vincennes – 75012 Paris Cedex.
d Centre médical des armées de Toulon, BP 14 – 83800 Toulon Cedex 9.

Résumé

La périodicité des visites d'aptitude médicale à servir du personnel militaire appelées visites médicales périodiques est désormais, sauf exception, de deux ans. L'arrêté du 20 décembre 2012 fixant cette périodicité ne fait aucune mention de l'intervalle de temps devant s'écouler entre deux visites d'aptitude dentaire. Dans le milieu civil, la question de la périodicité des visites dentaires fait débat depuis des décennies. Il a longtemps été admis comme standard une périodicité commune à tous les patients fixée à six mois. Les guides de bonnes pratiques cliniques les plus récents montrent que cette assertion n'a pas de base scientifique et que la périodicité des visites dentaires doit être déterminée spécifiquement pour chaque patient en fonction de ses propres facteurs de risque de survenue de pathologies bucco-dentaires. Cette périodicité peut varier de 3 à 24 mois. Au sein des armées, l'omniprésence des caries dentaires et leur impact opérationnel délétère plaident pour un raccourcissement et non un allongement de l'intervalle entre les visites dentaires. Afin de maintenir un haut niveau de disponibilité opérationnelle tout en faisant face à une ressource limitée en chirurgiens-dentistes des armées, une rationalisation des modalités de réalisation des visites dentaires dans le cadre de l'aptitude s'impose. L'objectif est de déterminer quels militaires doivent être examinés, par quels chirurgiens-dentistes et à quel moment.

Mots-clés : Aptitude dentaire. Carie dentaire. Facteurs de risque. Odontologie militaire. Visite médicale périodique.

Abstract
RECALL INTERVALS BETWEEN DENTAL FITNESS EXAMINATIONS AMONG THE FRENCH ARMED FORCES.

The recall interval between medical fitness examinations among the French Armed Forces called « visite médicale périodique » is now, almost without exception, of two years. The ministerial order of December 20th 2012 fixing the mode of determination of medical fitness does not mention the interval between dental fitness examinations. The dental recall interval issue has been a source of debate among civilian dental health professionals for decades. The six-month-recall-interval-fit-all was a common practice. The results of a paper from the literature reveal weak evidence for a one-recall-interval-fits-all protocol. At the moment, clinical guidelines recommend that the interval between oral health reviews should be determined specifically for each patient on the basis of an assessment of the risks of dental diseases. According to the patient, the recommended intervals between oral health reviews should be from three to 24 months. Among the French Armed Forces, the omnipresence of dental caries and their deleterious operational impact speaks for a shortening and not for a lengthening of the interval between dental fitness examinations. To keep a high level of operational availability while facing a restricted military dentist resource, a rationalization of the methods of the determination of dental fitness has to be made. The objective is to ascertain who should be examined (only deployable forces?), who should examine the soldiers (military and/or civilian dentists?) and when in their military career should soldiers be examined (at the recruitment, before deployment, etc.)?

Keywords: Dental fitness. Military dentistry. Recuring medical examination. Risk factors.

Introduction

L'article L4132-1 du Code de la défense stipule que nul ne peut être militaire s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction (1). Cette exigence englobe notamment l'aptitude médicale dans laquelle s'inscrit

M. GUNEPIN, chirurgien-dentiste. F. DERACHE, chirurgien-dentiste. J.-P. FOGEL®, chirurgien-dentiste chef des services. J.-M. RICHARD®, chirurgien-dentiste en chef. D. RIVIÈRE, médecin en chef.
Correspondance : Monsieur le chirurgien-dentiste M. GUNEPIN, Équipe résidente de Recherche subaquatique opérationnelle de l'Institut de recherche de biomédicale des armées, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 9.
E-mail : mgunepin@yahoo.fr

l'odontologie. Les modalités de détermination de l'aptitude médicale ayant évolué récemment avec la mise en place des Visites médicales périodiques (VMP) s'effectuant tous les deux ans (1), une réflexion s'impose quant aux modalités de réalisation des visites dentaires dans le cadre de l'aptitude notamment leur périodicité. Bien que ne poursuivant pas forcément les mêmes objectifs, les guides de bonnes pratiques cliniques des sociétés savantes civiles portant spécifiquement sur la périodicité des visites dentaires doivent servir de base de réflexion au sein des armées.

Périodicité des visites médicales et dentaires du personnel militaire dans le cadre de la détermination de l'aptitude à servir

Détermination de l'aptitude médicale à servir

Les modalités de la détermination de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire ont été mises à jour par l'arrêté du 20 décembre 2012 qui précise dans son article 1er que l'aptitude médicale exprime la compatibilité de l'état de santé d'un individu avec les exigences du statut général des militaires et celles propres à chaque armée, direction et service ou à la Gendarmerie nationale (1). Cette aptitude repose sur une expertise médicale qui relève de la compétence des médecins des armées. Le médecin va déterminer pour chacun de ses patients l'aptitude médicale générale au service, mais aussi l'aptitude médicale à l'emploi tenu et/ou postulé et à toute mission opérationnelle, en se référant aux textes réglementaires définissant les normes médicales minimales requises. La VMP s'effectue tous les deux ans mais le médecin examinateur peut décider d'écourter cette durée. Certains militaires sont soumis à des visites médicales d'aptitude particulières dont la périodicité peut être dérogatoire au cadre général précédemment décrit. C'est notamment le cas du personnel navigant, des parachutistes, des plongeurs sous-marins, des militaires affectés à la navigation sous-marine ainsi que des militaires appartenant aux forces spéciales.

Détermination de l'aptitude dentaire à servir

Le terme d'aptitude dentaire, couramment employé, est utilisé à tort car il n'y a pas d'aptitude dentaire stricto sensu mais des visites dentaires à visée de détermination d'une aptitude. Cette visite dentaire s'inclut dans l'aptitude médicale et est donc sous la responsabilité des médecins des armées. Ces derniers peuvent s'ils le souhaitent et de façon réglementaire (2) déterminer la compatibilité de l'état dentaire de leur personnel avec les exigences du statut de militaire sans aucun recours à un chirurgien-dentiste. Cependant, l'arrêté du 20 décembre 2012 précise que le médecin des armées peut, dans le cadre de la détermination de l'aptitude, s'appuyer sur l'avis d'un chirurgien-dentiste des armées. La visite dentaire est donc considérée comme examen complémentaire dans le cadre de la détermination de l'aptitude médicale, le médecin s'appuyant sur les conclusions de cette visite pour déterminer l'aptitude.

À l'heure actuelle aucun texte réglementaire français ne fait état d'une périodicité spécifique des visites dentaires. Par défaut la périodicité des visites dentaires est celle des visites médicales périodiques c'est-à-dire deux ans. Il est cependant à noter que la France a ratifié le STANAG 2466 de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) (3, 4). Ce texte vise à normaliser au sein des pays de l'OTAN les critères de santé dentaire des personnels militaires et le système de classification de l'aptitude sur le plan dentaire. Or il est indiqué dans le STANAG 2466 que l'admission dans la catégorie « apte dentaire » est normalement valable pour une période de 12 mois. Le STANAG 2466 précise que cette durée de validité de la visite dentaire peut varier de 3 à 18 mois selon les antécédents dentaires du patient.

Recommandations civiles quant à la périodicité des visites dentaires

Les visites dentaires de contrôle (« *dental check-up* ») prises dans leur acception civile ont pour objectifs le dépistage et la prévention de la survenue des caries dentaires, des maladies parodontales et des cancers buccaux (5, 6). Sont donc exclues de cette terminologie toutes les autres visites chez le chirurgien-dentiste (soin, extraction, suivi postopératoire, prise d'empreinte, scellement, etc.). La détermination du délai idéal entre deux visites dentaires doit permettre de maximiser le bénéfice clinique pour le patient. Cependant ce délai a également des implications directes en termes de charge de travail des praticiens mais aussi en termes de coût pour les systèmes de santé (7).

Approche « historique » de la détermination de la périodicité des visites dentaires

Deux certitudes ont été longtemps partagées au sein de la communauté dentaire quant à la périodicité idéale des visites dentaires : que cette périodicité devait être la même pour tous les patients et qu'elle devait être de 6 mois. Le rythme semestriel des visites dentaires a été avancé dès 1879 (8) et a été largement repris depuis sans être basé sur aucune étude scientifique. Cette périodicité est discutée au sein de la communauté scientifique depuis plus de 30 ans (9). Le premier à avoir contesté cette périodicité fut Sheiman en 1977 (10). Ce dernier fut critiqué par la profession qui estimait qu'il fallait diffuser un message clair et simple aux patients concernant les visites dentaires (à réaliser tous les six mois) au risque de voir augmenter la prévalence des pathologies bucco-dentaires et de devoir faire face lors des visites dentaires à des pathologies plus sévères car prises en charge plus tardivement (11). Ces mêmes arguments sont encore largement utilisés de nos jours (12).

Approche scientifique de la détermination de la périodicité des visites dentaires

Revue de la littérature

Plusieurs méta-analyses publiées récemment ont conclu que les périodicités des visites dentaires

communément admises, de six mois ou autres, ne reposaient sur aucune preuve scientifique ou clinique (12-15). À titre d'exemple, il n'existe pas de règle biologique commune à tous les patients concernant le temps nécessaire à la carie dentaire pour progresser de la surface de la dent jusqu'à la dentine (10, 13). La *National Health Service* (NHS) a publié sur la base de ces méta-analyses un guide de bonnes pratiques cliniques quant à la détermination de la périodicité des visites dentaires. Ce guide indique que cette détermination doit être précédée de la définition de l'objectif de ces visites et de leur contenu (5).

Les examens dentaires périodiques de contrôle

Objectif

L'objectif de la visite dentaire de contrôle ne doit pas être simplement d'inscrire le patient dans un segment de la population auquel correspond une périodicité d'examen dentaire (5). Cette visite doit être l'occasion de définir une prise en charge bucco-dentaire spécifique du patient afin de diminuer au fil du temps son risque de survenue de pathologies bucco-dentaires. Les visites dentaires ultérieures ont ensuite pout objet de vérifier la pertinence de la prise en charge et notamment la compliance du patient vis-à-vis des recommandations ou des apprentissages qui lui ont été dispensés. À l'heure actuelle l'objectif des visites dentaires n'est pas nécessairement la prévention de la survenue de pathologies mais le dépistage précoce de pathologies et leur traitement (13). Les visites dentaires ne prennent une dimension préventive que si elles sont notamment l'occasion de l'apprentissage des règles de bonnes pratiques en termes d'hygiènes alimentaire et bucco-dentaire. La dimension préventive peut également s'obtenir par la réalisation de certaines interventions comme le scellement des sillons anfractueux (16), l'application de vernis fluorés (17), le détartrage (10), etc.

À noter enfin l'intérêt médico-légal de la visite dentaire au cours de laquelle le chirurgien-dentiste va renseigner l'odontogramme de son patient (18-20). En cas d'identification, cet odontogramme servira de donnée *ante-mortem* à comparer aux données *post-mortem* obtenues lors de l'autopsie. La qualité de l'identification reposant sur la qualité des données *ante-mortem*, l'odontogramme doit être complété avec rigueur par les chirurgiens-dentistes (18).

Contenu

La détermination de la périodicité des visites dentaires ne peut se faire selon la NHS qu'une fois toutes les pathologies bucco-dentaires traitées (5). Le praticien recueille ensuite de manière exhaustive des paramètres cliniques et des informations relatives au patient (tab. I). Des radiographies rétro-coronaires doivent être réalisées lors de la visite initiale essentiellement dans le but de révéler la présence de caries non décelables par les examens tactile et visuel (carie proximale ou occlusale sans effondrement amélaire). L'examen radiographique permet de détecter selon les auteurs 7 à 9 fois plus de lésions carieuses que les simples examens visuel et tactile (21). La possibilité de suivre au fil du temps l'évolution de l'ensemble de ces données relatives au risque de développer des pathologies bucco-dentairesgarantit la pertinence du choix de la périodicité des visites dentaires. Les données recueillies, y compris les clichés radiographiques, doivent donc être archivées pour pouvoir être comparées d'une visite sur l'autre.

Périodicité

Si l'objectif des visites dentaires de contrôle est systématiquement le même, leur périodicité comme leur contenu ne peuvent être identiques chez des patients nécessitant (5) :

– une maintenance de leur bonne santé bucco-dentaire ;

– la prévention de l'augmentation de leur risque de survenue de pathologies bucco-dentaires ;

– la prévention de la progression d'une pathologie existante ;

– la prévention de la récurrence de pathologies bucco-dentaires déjà traitées.

La NHS indique que la périodicité des visites dentaires de contrôle doit être adaptée aux facteurs de risques propres à chaque patient (10, 22, 23). C'est pourquoi, en lieu et place des 6 mois admis jusque-là, le guide de la NHS recommande une périodicité de 3 à 24 mois en fonction du patient (5). Une telle périodicité spécifique à chaque patient existe également pour les clichés radiographiques rétro-coronaires (de 2 à 36 mois en fonction des facteurs de risque du patient) (24).

Discussion

Raisons de l'inadaptation d'une visite dentaire tous les deux ans

Les pathologies bucco-dentaires sont omniprésentes dans la vie du militaire que ce soit en métropole (25, 26) mais également sur les théâtres d'opération extérieure (27-29). Une étude portant sur 19 059 militaires a montré que 41 % d'entre eux présentaient à un instant t un état bucco-dentaire incompatible avec un départ en mission (25). Cette inaptitude est essentiellement liée à des problèmes carieux (82,52 % des inaptes) et des obturations défectueuses, conséquences de caries secondaires au niveau d'obturations préexistantes (30,95 % des inaptes) (25). Les pathologies parodontales sont rarement à l'origine de l'inaptitude du patient (2,03 % des inaptes) (25). Le métier de militaire peut être considéré comme un facteur de risque de survenue de caries dentaires car certaines activités militaires (gardes, manœuvres, camps, missions extérieures) sont autant de facteurs de déstructuration des habitudes alimentaires conduisant à la multiplication des caries dentaires chez le militaire au fil des années (30). L'incidence annuelle des caries dentaires au sein de la population militaire étant de 33,82 % (30), une visite dentaire tous les deux ans est inappropriée.

Détermination de la périodicité « idéale » des visites dentaires

Critères à prendre en compte pour la modulation de la périodicité des visites dentaires

Dans le milieu civil, la détermination de la périodicité des visites dentaires repose sur la prise en compte de nombreux facteurs (tab. I). Il n'existe aucune règle établie entre le nombre de facteurs et la périodicité des visites. Seul le sens clinique du praticien intervient dans cette détermination.

Dans le cadre militaire, il convient de reprendre l'ensemble de ces critères quant à la détermination de la périodicité des visites. Car l'article 9 de l'arrêté du 20 décembre 2012 précise que la VMP a pour finalité le suivi de l'état de santé des militaires et le maintien de la capacité opérationnelle des forces (1). Le but de la visite dentaire n'est pas uniquement de relever les éléments cliniques nécessaires au médecin pour déterminer l'aptitude à la projection du patient mais également de réaliser le suivi de la santé bucco-dentaire des militaires et donc notamment le dépistage de lésions parodontales (poche parodontale, perte d'attache, etc.) et des facteurs de risque de survenue de lésions cancéreuses (consommation d'alcool et de tabac, lésion des muqueuses, etc.). Cependant, la population militaire étant particulièrement exposée au risque de survenue de caries dentaires, ce sont les critères relatifs à ce risque qui vont essentiellement permettre de moduler la périodicité de ces visites. Cette variabilité de la périodicité en fonction du patient est en concordance avec le STANAG 2466 de l'OTAN (3).

Détermination du risque carieux et impact sur la périodicité des visites

Le risque carieux ne se diagnostique pas mais se pronostique ; il repose sur une anamnèse précise et une évaluation clinique reposant notamment sur la réalisation de clichés radiographiques. La radiographie panoramique dentaire réalisée de manière réglementaire dans le cadre des mises en condition avant projection (31, 32) présente souvent des structures déformées et superposées. Cependant ce cliché reste une base de départ qui peut orienter vers d'autres investigations notamment avec la réalisation de clichés rétro-coronaires (24). L'*American Dental Association* (ADA) définit trois niveaux de risque carieux (33) :

– Risque carieux individuel (RCI) faible : pas de lésion carieuse débutante ou cavitaire au cours des trois dernières années et pas de facteur pouvant augmenter le risque carieux ;

– RCI modéré : une ou deux lésions carieuses débutantes ou cavitaires au cours des trois dernières années ou, si non, présence d'au moins un facteur pouvant augmenter le risque carieux ;

– RCI élevé : trois (ou plus) lésions carieuses débutantes ou cavitaires au cours des trois dernières années ou, si non, présence de multiples facteurs pouvant augmenter le risque carieux.

Les facteurs pouvant augmenter le risque carieux sont les suivants (33) :

– non-respect des règles d'hygiène bucco-dentaire (brossage des dents absent, insuffisant ou inefficace ; présence de plaque dentaire) ;

– défauts de l'émail ;

– sillons dentaires anfractueux ;

– multiples restaurations dentaires ;

– suivi dentaire inexistant ou irrégulier ;

– non-respect des règles d'hygiène alimentaire (grignotage, boissons sucrées en dehors des repas, prise alimentaire après le dîner ou au cours de la nuit) ;

– présence de racines dentaires exposées ;

– restaurations défectueuses.

L'utilisation de cette classification a permis de montrer que 8,9 % des militaires ont un RCI faible, 63,1 % un RCI modéré et 28 % un RCI élevé (34). Or la périodicité recommandée des visites dentaires de contrôle est de (33) :

– 3 à 4 mois avec un RCI élevé ;

– 6 mois avec un RCI modéré ;

– 12 à 24 mois avec un RCI faible.

Cette étude montre qu'une visite dentaire tous les deux ans ne devrait concerner qu'une minorité de militaire.

Propositions de modalités de détermination de l'aptitude dentaire

Qui doit réaliser les visites dentaires ?

Afin de déterminer au mieux l'aptitude dentaire à servir des militaires, le recours à un chirurgien-dentiste des armées ne devrait pas être « possible » comme le précise l'arrêté du 20 décembre 2012 (1) mais systématique. Car les inaptitudes médicales pour raisons dentaires doivent être basées sur la connaissance des pathologies bucco-dentaires mais aussi sur celle du milieu militaire et des contraintes liées aux activités et situations d'exception imposées par ce statut (1). Or la connaissance précise des pathologies bucco-dentaires mais aussi des facteurs de risque de survenue de ces pathologies ne peut s'obtenir que par un examen clinique réalisé par un chirurgien-dentiste. Ce recours systématique à un chirurgien-dentiste militaire achoppe sur le faible nombre de chirurgiens-dentistes des armées d'active et de réserve au regard de la population militaire et leur répartition inhomogène sur le territoire national. Un effort de rationalisation dans la réalisation des visites dentaires s'impose donc et des choix doivent être opérés quant à la répartition du personnel militaire examiné par un chirurgien-dentiste militaire ou civil (35).

Personnel militaire examiné par des chirurgiens-dentistes des armées

L'ensemble de la population militaire doit pouvoir bénéficier d'un contrôle de son état bucco-dentaire dans le cadre de la VMP. Cependant, un effort particulier doit être apporté au profit des forces opérationnelles projetables. À titre d'exemple, cette force sera de 66 000 hommes en 2019 pour l'armée de Terre (36). En fonction des ressources en chirurgiens-dentistes, des priorités pourraient être définies pour le suivi du personnel :

– des deux brigades aptes au combat de haute intensité et à l'entrée en premier sur un théâtre ;
– ± les trois brigades dédiées en priorité à la gestion de crise ;
– ± les deux brigades légères pour l'engagement d'urgence ou en zone difficile.

Population suivie par les médecins des armées

En cas d'impossibilité de recours à un chirurgien-dentiste des armées d'active ou de réserve, le médecin des armées devrait se reposer systématiquement sur l'avis d'un chirurgien-dentiste civil formé à la réalisation de visites dentaires au profit des militaires et connaissant les spécificités et les contraintes inhérentes à chaque spécialité du métier de militaire. Le stage « Dentops » organisé par l'École du Val-de-Grâce est une bonne base de réflexion pour les confrères civils en terme d'aptitude. Afin d'éviter les certificats laconiques et non exploitables, il convient de mettre en place un certificat standardisé imposant le relevé des critères qui permettront au médecin des armées de déterminer l'aptitude du patient (fig. 1) mais également ceux nécessaires à la détermination de la périodicité des prochaines visites dentaires (tab. I). Ce certificat standardisé correspond à la transcription du formulaire « DD 2813 » (37) utilisé au sein de l'armée américaine pour le recueil par des praticiens civils de données dentaires chez les militaires. Au sein de l'armée américaine, ce moyen de recueil d'informations est dérogatoire de la règle générale qui veut que l'ensemble des militaires soit examiné par un chirurgien-dentiste militaire. En effet, lorsque l'accès à un chirurgien-dentiste militaire est difficile voire impossible, le recours au formulaire DD 2813 est autorisé (37).

Quand réaliser les visites dentaires ?

Le dépistage et le traitement précoces des pathologies bucco-dentaires permettent de limiter l'impact de ces pathologies sur la bonne marche de l'unité notamment au cours des mises en condition opérationnelle. C'est pourquoi la première visite dentaire réalisée par un chirurgien-dentiste des armées doit être réalisée dès la visite médicale d'incorporation. Le patient classé inapte médical pour raisons dentaires par le médecin d'unité doit alors rétablir son aptitude médicale par la réalisation de soins dentaires au cours de sa période probatoire à l'engagement telle que mentionnée aux articles R. 4123-33 à R. 4123-35 du Code de la défense. À l'issue de cette période probatoire, le patient sera de nouveau examiné par un chirurgien-dentiste des armées afin de vérifier la réalisation effective des soins et de déterminer la périodicité des visites. La détermination de cette périodicité ne peut se faire que chez les patients indemnes de pathologies ou ayant réalisé l'intégralité des traitements qui leur ont été prescrits.

Ensuite, en cours de carrière ou de contrat, le patient sera examiné dans le respect de la périodicité déterminée par le chirurgien-dentiste des armées. Le chirurgien-dentiste devra garder à l'esprit que la validité de l'aptitude médicale prononcée porte jusqu'au dernier jour du mois d'échéance (1) même en cas de départ en mission durant cette période.

Quels documents conserver dans les dossiers médicaux ?

À l'odontogramme, qui devrait être systématiquement complété, doit être ajouté dans le dossier médical le relevé des facteurs de modulation de la périodicité des visites dentaires (tab. I), le certificat dentaire complété par le chirurgien-dentiste (fig. 1) ainsi que les clichés radiographiques (panoramique dentaire (31, 32) et rétro-coronaires (24)). Sur le certificat complété par le chirurgien-dentiste des armées figurera à l'attention du médecin des armées, contrairement au certificat civil, une proposition de classement du patient apte ou inapte. Ces certificats doivent être conservés dans le dossier médical durant toute la carrière du militaire car ils permettent d'une visite sur l'autre d'évaluer la pertinence des mesures de prévention mises en place et ainsi d'affiner la détermination de la périodicité future des visites dentaires.

Conclusion

La détermination d'une périodicité unique des visites dentaires pour l'ensemble des militaires est impossible. Conformément aux recommandations civiles et au STANAG 2466 de l'OTAN ratifié par la France, cette périodicité doit être déterminée spécifiquement pour chaque patient en fonction de critères qui lui sont propres. Il apparaît cependant que, du fait de l'omniprésence de la pathologie carieuse au sein des armées, une périodicité de deux ans de ces visites ne peut concerner qu'une minorité des militaires (moins de 10 %). Afin de suivre au mieux l'état de santé des militaires et de maintenir la capacité opérationnelle des forces, l'emploi des chirurgiens-dentistes des armées devra être rationalisé et leur recours devra se faire en priorité au profit des forces opérationnelles projetables. Enfin, afin de conseiller au mieux les médecins des armées dans leur détermination de l'aptitude médicale des militaires, les formulaires dentaires contenus dans les dossiers médicaux devront évoluer vers un recueil des pathologies bucco-dentaires des patients et des facteurs de risque de survenue de nouvelles pathologies. Ces formulaires devront être complétés obligatoirement par les chirurgiens-dentistes militaires ou le cas échéant civils ayant suivi une formation appropriée. Une évaluation de la faisabilité et du coût de ces mesures pourrait être envisagée.

Tableau I. Liste des facteurs dentaires associés à la modulation de la périodicité des VMP.

Liste des facteurs dentaires associés à la modulation de la périodicité des VMP			
Nom : Date de naissance :			
Date de l'examen dentaire			
	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Histoire médicale Pathologies pouvant accroître le risque sur la santé générale de la survenue de pathologies dentaires (maladies cardiovasculaires, troubles de la coagulation, immunodépression) Pathologies pouvant accroître le risque de survenue de pathologies dentaires (ex. diabète, xérostomie) Pathologies pouvant compliquer la réalisation de soins dentaires (anxiété, phobies des soins dentaires)			
Facteurs sociaux Taux de caries élevé chez la mère et au sein de la fratrie Consommation de tabac Consommation d'alcool Antécédents familiaux de parodontite chronique et/ou agressive			
Habitudes alimentaires Consommation fréquente d'aliments sucrés Consommation fréquente d'aliments acides			
Exposition au fluor Utilisation de dentifrice fluoré Autres sources de fluor (ex. taux de fluor élevé dans l'eau du réseau de distribution)			
Indices cliniques et histoire dentaire **Expérience carieuse récente et antérieure** Nouvelle lésion carieuse depuis la dernière visite Présence de caries et/ou de restaurations au niveau des dents antérieures Extraction dentaire du fait de carie dentaire Antécédents de caries radiculaires et/ou nombreuses racines dentaires exposées Présence de nombreuses restaurations dentaires (>6)			
Expérience de pathologie parodontale récente et antérieure Antécédent de pathologies parodontales Signes de gingivites Présence de poches parodontales ≥ 4 mm et/ou de saignement au sondage Présence de lésions de furcation et/ou de perte d'attache ≥ 7 mm			
Muqueuse buccale Présence de lésions de la muqueuse buccale			
Plaque dentaire Faible niveau d'hygiène bucco-dentaire Présence de facteurs de rétention de la plaque (ex. appareil orthodontique)			
Salive Faible débit salivaire			
Érosion dentaire et perte de tissu dentaire Indice clinique d'usure dentaire			
Délai recommandé pour un nouvel examen dentaire	mois	mois	mois

Nom du patient :	Prénom :	Date de naissance :
Unité :	Adresse de l'unité	

Docteur,
Le patient que vous examinez est un militaire d'active ou de réserve. Afin que le médecin militaire puisse statuer sur son aptitude médicale à servir, merci de bien vouloir renseigner les items ci-dessous en cochant la case qui correspond le mieux à son état bucco-dentaire.

	(1) le patient présente un bon état bucco-dentaire et n'est pas supposé nécessiter de soins dentaires ou de réévaluation au cours des 12 prochains mois
	(2) le patient présente des pathologies bucco-dentaires mais vous estimez que ces pathologies **n'entraîneront pas** d'urgence dentaire au cours des 12 prochains mois même si elles ne sont pas traitées (ex. carie asymptomatique, etc.)
	(3) le patient présente des pathologies bucco-dentaires et vous estimez que ces pathologies **entraîneront** une urgence dentaire au cours des 12 prochains mois si elles ne sont pas traitées. Si vous cochez cette case merci de cocher ci-dessous la case correspondant aux pathologies bucco-dentaires présentées par le patient.
	(a) **infection** : infection orale aiguë, infection orale chronique, pathologie pulpaire ou périapicale, etc.
	(b) **carie/obturation** : carie dentaire ou fracture dentaire avec extension modérée ou importante dans la dentine, obturation défectueuse, obturation temporaire, etc.
	(c) **dent absente** : édentement nécessitant un appareillage en vue du rétablissement d'une mastication et d'une phonation correctes
	(d) **maladie parodontale** : gingivite aiguë, parodontopathie active, abcès parodontal, manifestation parodontale d'une maladie systémique ou d'un dérèglement hormonal
	(e) **chirurgie orale** : dent de sagesse en désinclusion ne pouvant pas trouver sa place sur l'arcade
	(f) **autre** : algie dysfonctionnelle de l'appareil manducateur, algies faciales, etc.

Si vous le souhaitez vous pouvez apporter des précisions :

(5) la radiographie panoramique dentaire a-t-elle était consultée ?	Oui	Non	Si oui indiquez la date de la radiographie
Nom du chirurgien-dentiste			Adresse du chirurgien-dentiste
Numéro de téléphone du chirurgien-dentiste			

Signature du chirurgien-dentiste	Date de l'examen	Proposition d'aptitude (à ne compléter que par le chirurgien-dentiste militaire)
		APTE ☐ INAPTE ☐

Figure 1. Certificat d'aptitude dentaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire accessible le 1er juillet 2013 sur http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026952134&categorieLien=id
2. Note N°481/DEF/DCSSA/AST/TEC du 15 février 2005 relative à la condition de détermination des aptitudes dentaires.
3. Agence OTAN de Normalisation. STANAG 2466 MEDSTD (Édition 2) – critères de santé dentaire des personnels militaires et système de classification de l'aptitude sur le plan dentaire. 5 novembre 2007. Référence du texte : NSA (MED) 1004 (2007) MEDSTD/2466. Accessible le 24 juillet 2013 sur http://nsa.nato.int
4. Note N° 35/DEF/DCSSA/AST/TEC/1 du 24 avril 1998. Ratification pour la France du STANAG 2466.
5. Dental recall – recall interval between routine dental examinations. Quick reference guide: October 2004. National institute for clinical evidence – NHS. Accessible le 1er juillet 2013 sur http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10952/29484/29484.pdf
6. Dental recall – recall interval between routine dental examinations. Clinical guideline 19: October 2004. National institute for clinical evidence – NHS. Accessible le 11 juillet 2013 sur http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10952/29486/29486.pdf
7. Chapko MK, Fisher ES,Welch HG. When should this patient be seen again? Eff Clin Pract 1999;2(1):37-43.
8. Harris EN. American Academy of Dental Science. Dent Cosmos 1879;21:167-8.
9. Jenson L, Budenz AW, Featherstone JD, Ramos-Gomez FJ, Spolsky VW, Young DA. Clinical protocols for caries management by risk assessment. J Calif Dent Assoc 2007;35:714-23.
10. Sheiham A. Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations. The Lancet 1977;2 (8035):442-4.
11. Editorial. The six-monthly dental examination. Dental update 1977:421,3,7. Davenport CF. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks: a systematic review and economic evaluation. HTA Technology Assessment Report DOI10.3310/hta7070.
12. Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Taylor-Weetman CL, Taylor RS. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. Br Dent J 2003;195:87-98. Discussion 85.
13. Patel S, Bay RC, Glick M. A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. J Am Dent Assoc 2010;141:527-39.
14. Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD004346.
15. Davenport C, Elley K, Salas C, Taylor-Weetman CL, Fry-Smith A, Bryan S, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2003;7:iii-v, 1-127.
16. Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Accessible le 10 mai 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_rap.pdf
17. American Dental Association. Executive summary of evidence-based clinical recommendations: Professionally applied topical fluoride. 2006. http://www.ada.org/prof/resources/topics / evidencebased.asp#clinical
18. Gunepin M, Derache F. Étude du potentiel discriminant des formules dentaires dans le cadre de l'identification de victimes militaires. Médecine et Armées 2007 ; 35:35-44.
19. Ponseel G, Brau JJ, Danjard C, Laborier C, Schuliar Y. Intérêt de l'odontologie dans l'identification des victimes de catastrophes civiles et militaires. Procédures techniques et bilan des missions françaises.
20. Lecomte O, Stéphan J, Groud M, Tristan D, Flori L, Géneau de Lamarlière S, Routelous D, Ann X. Préparation médico-administrative de l'éventualité d'une identification au sein des unités des forces spéciales implantées à Lorient. Médecine et Armées 2009 ;37:47-53.
21. Abdallaoui F, Chraibi B, El Abrari M. Dépistage précoce des lésions carieuses proximales débutantes : étude clinique et radiographique. Inf Dent 2001 ;83:1005-13.
22. Featherstone JD, Domejean-Orliaguet S, Jenson L, Wolff M, Young DA. Caries risk assessment in practice for age 6 through adult. J Calif Dent Assoc 2007;35:703-7, 10-3.
23. P Beirne, A Forgie, JE Clarkson, HV Worthington. Recall intervals for oral health in primary care patients. Australian Dental Journal 2005;50:209-10.
24. Kodak dental system. Guidelines for prescribing dental radiographs. Accessible le 9 juillet 2013 sur http://www.e-radiography.net/technique/dental/Kodak%20Dental%20Prescribing%20dental%20radiogphs%20.pdf
25. Gunepin M, Derache F. Impact du xylitol sur le risque carieux – implications militaires. Médecine et Armées 2010:38:369-80.
26. Seigneuric JB, Gouzien G, Bellavoir A. Apport de la consultation itinérante en stomatologie dans l'évaluation de l'état bucco-dentaire au sein des forces. Étude sur douze mois. Médecine et Armées 2000;28:149-53.
27. Gunepin M, Derache F, Ausset I, Berlizot P, Simecek J. The rate of Dental Emergencies in French armed forces deployed to Afghanistan. Journal of military medicine 2011; 176:828-32.
28. Fenistein B. Pourquoi tant de consultant dentaires en Opex ? Médecine et Armées 2004;32:123-6.
29. Benmansour A. Préparation odontologique des militaires français : aptitude théoriques et résultats. Médecine et Armées 2000;8:6-7.
30. Gunepin M, Derache F, Richard JM, Courbier JM, Rolland F, Icard P, et al. Le métier de militaire est-il un facteur de risque de survenue de caries dentaires ? Médecine et Armées 2012;40:463-70.
31. Note N°455/DEF/DCSSA/AST/TEC/1 du 15 février 1996 relative à l'« aptitude dentaire à servir outre mer et en opération extérieure ».
32. Note N°271/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA du 29 janvier 2008 relative à l'« utilisation et validité du panoramique dentaire ».
33. American Dental Association, Council on Access, Prevention, and interprofessional Relations. Caries diagnosis and risk assessment: a review of preventive strategies and management. J Am Dent Assoc 1995;126:1S-24S.
34. Gunepin M, Derache F, Richard JM, Icard P, Berthelot RC, Turlotte S, et al. Le risque carieux individuel au sein de la population militaire : évaluation, facteurs associés et implications pour la mise en condition opérationnelle des forces. Médecine et Armées 2012;40:455-62.
35. Fenistein B, Gunepin M, Loiseleux P, Besses R. Logique de détermination de l'aptitude dentaire en pratique courante. Médecine et Armée 2005;33:323-7.
36. Livre blanc – Défense et sécurité nationale – 2013. Accessible le 2 juillet 2013 sur http://www.defense.gouv.fr/content/download/206186/2286591/file/Livre-blanc-sur-la-Defense-et-la-Securite-nationale%202013.pdf
37. US department of defense – active duty/reserve forces dental examination. DD Form 2813. Accessible le 11 juillet 2013 sur http://www.dtic.mil/whs/directives/infomgt/forms/eforms/dd2813.pdf