



24 mai 2007 – Maison départementale des syndicats Michel Germa - Créteil

**Colloque petite enfance et  
santé bucco-dentaire :  
"Quelles pratiques de  
prévention de la grossesse à  
l'âge de 6 ans ?"**

---

**15 ANS DE PARTENARIAT PMI ET MISSION BUCCO-  
DENTAIRE POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION DANS  
LE VAL-DE-MARNE**

## Colloque « Petite enfance et santé bucco-dentaire »

**Organisé par**  
**Le Conseil général du Val-de-Marne**  
et  
**La Société Française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire**

### Comité d'organisation

Dr. M.C. Leroux : Médecin directeur de la PMI (CG 94)  
Dr. F. Cohen : Coordinateur MBD (CG 94)  
Dr. V. Bedrossian : Médecin (CG 94)  
Dr. E. Baillon-Javon : Chirurgien dentiste conseil (ELSM 95)  
Mme C. Panhkhham : Infirmière puéricultrice (CG 94)  
Dr. P. Benetière : Chirurgien dentiste (75)  
Mme C. Bintz : Chargée de Mission (CG 94)  
Dr. C. Adam : Chirurgien dentiste MBD (CG 94)  
Dr. P. Moulin : Chirurgien dentiste MBD (CG 94)

Société française des Acteurs  
de la Santé publique bucco-dentaire  
ASPBD  
33 rue du retrait  
75020 PARIS  
Téléphone : 01.56.72.87.35.  
e-mail : [aspsbd2003@yahoo.fr](mailto:aspsbd2003@yahoo.fr)

Mission bucco-dentaire  
13/15, rue Gustave Eiffel  
94011 CRETEIL cedex  
Téléphone : 06 18 04 37 90  
e-mail : [mbd.dis@cg94.fr](mailto:mbd.dis@cg94.fr)

## AVANT-PROPOS

---

En mettant en place, il y a quinze ans le programme départemental de prévention bucco-dentaire, nous avons la certitude qu'il ne pouvait y avoir de prévention sans associer les services du Conseil général de la petite enfance - la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les crèches.

L'importance de ces structures dans notre département tant par leur nombre que le rôle social qu'elles jouent dans la santé de la mère et du petit enfant, nous ont permis tout à la fois d'intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales, et de nous adresser largement aux personnels et aux parents pour qu'ils aient tous un message cohérent en direction de l'enfant, seul gage d'efficacité.

Cette cohérence, associée à une systématisation des actions de prévention, par une formation adaptée de « relais santé bucco-dentaire » dans toutes les structures, ont permis de faire vivre la santé bucco dentaire au quotidien.

Au regard de l'expérience acquise, il nous semble que cette politique départementale mérite d'être soutenue par l'Etat et l'Assurance maladie dans le cadre de ses missions. Ceci constituerait la reconnaissance du bien-fondé de la santé bucco-dentaire dans ces structures de la petite enfance.

Développer une approche plus globale de la santé, faciliter l'accès aux soins, en particulier des populations les plus fragiles, demandent à être améliorés: Pour parvenir à ces objectifs, le partenariat doit pouvoir s'élargir à d'autres professionnels de la santé, et notamment aux pédiatres et aux chirurgiens-dentistes de ville. La création d'un dentiste référent de groupement des PMI et des crèches dans le Val de Marne est une première étape pour créer du lien de proximité et une meilleure intégration sur le terrain. D'autres démarches sont à concevoir.

C'est pourquoi, nous avons voulu inviter, avec la Société Française des acteurs de la santé bucco-dentaire (ASPBBD), les différents acteurs du Val de Marne et d'autres départements, les universitaires, les professionnels de santé et ceux du secteur médico-social à une journée de rencontres, d'échanges d'expériences et de débats. La participation active des personnes présentes a permis ainsi de dégager des idées consensuelles et des propositions concrètes qui ont conduit à l'élaboration d'une charte.

Notre souhait aujourd'hui, est que les actes de ce colloque, pour lequel le Dr Colette ADAM et Madame C. BINTZ se sont tout particulièrement investies, aideront à la promotion de la santé bucco-dentaire dans les structures de la petite enfance dans notre département comme dans tout le pays.

La Directrice de la  
Protection Maternelle et Infantile  
et de la promotion de la santé

Dr Marie Claude LEROUX

Le coordinateur de la  
Mission Bucco-Dentaire,

Docteur Fabien COHEN

## SOMMAIRE

<b>OUVERTURE DU COLLOQUE .....</b>	<b>6</b>
<i>Docteur Fabien COHEN - Coordinateur de la Mission Bucco-Dentaire.....</i>	<i>6</i>
<i>Marie KENNEDY - Conseillère générale déléguée à l'Enfance et à la Petite Enfance.....</i>	<i>6</i>
<i>Frédéric COURSON - Président de l'ASPBD.....</i>	<i>9</i>

<b>15 ANS DE PARTENARIAT PMI — MISSION BUCCO-DENTAIRE DANS LE 94... 10</b>	
<i>Christine BINTZ - Puéricultrice chargée de mission à la direction de la PMI.....</i>	<i>10</i>
<i>Docteur ADAM - Chirurgien-dentiste - Pôle petite enfance - Mission Bucco-Dentaire du Conseil général du Val-de-Marne.....</i>	<i>11</i>

<b>CAPITAL SANTE BUCCO-DENTAIRE DU JEUNE ENFANT : QUELLES MESURES POUR L'OPTIMISER ? .....</b>	<b>15</b>
<i>Professeur Marysette FOLLIGUET - PU, PH. UFR d'Odontologie Paris 5 .....</i>	<i>15</i>

<b>DISPOSITIF CONVENTIONNEL DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....</b>	<b>21</b>
<i>Docteur Evelyne BAILLON-JAVON – Chirurgien-dentiste conseil – ELSM 95.....</i>	<i>21</i>

<b>ENJEUX SOCIO-CULTURELS EN SANTE : L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE .....</b>	<b>25</b>
<i>Madame MABE – Anthropologue.....</i>	<i>25</i>

## INTRODUCTION AUX ATELIERS

<b>REFLEXIONS SUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ENFANTS PRESENTANT DES CARIES PRECOCES EN SERVICE HOSPITALIER .....</b>	<b>34</b>
<i>Professeur Maryse WOLIKOW – UFR d'Odontologie – Paris V. Doris Vasconcellos Psychologue - MCU – Institut de Psychologie Paris V .....</i>	<i>34</i>

<b>BILAN D' ACTIONS DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE PAR DES STAGIAIRES HOSPITALIERS AUPRES DES MERES EN POST-PARTUM A LA MATERNITE JEAN ROSTAND – AHPH.....</b>	<b>37</b>
<i>Docteur Guillaume SAVARD – UFR d'Odontologie – Paris V .....</i>	<i>37</i>

<b>PREVENTION BUCCO-DENTAIRE : N'OUBLIONS PAS LES CRECHES.....</b>	<b>38</b>
<i>Docteur J. NANCY – UFR d’Odontologie – Bordeaux.....</i>	<i>38</i>
<b>PMI ET PREVENTION BUCCO-DENTAIRE EN SEINE-SAINT-DENIS .....</b>	<b>42</b>
<i>Docteur Paul BISSILA – SPAS/DPAS – Conseil général de Seine-Saint-Denis.....</i>	<i>42</i>
<b>ACTION PILOTE DE PROMOTION DE LA SANTE AUPRES DES ENFANTS AGES DE 6 ANS DANS LE CADRE DU LANCEMENT DE L’EXAMEN BUCCO-DENTAIRE (EBD).....</b>	<b>45</b>
<i>Docteur C. CATTEAU – UFR d’Odontologie – Lille 2 .....</i>	<i>45</i>
<b>STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE PREVENTIVE ET THERAPEUTIQUE CHEZ L’ENFANT DE 0 A 6 ANS : DIFFICULTES RENCONTREES .....</b>	<b>47</b>
<i>Docteur T. TRENTESAUX – UFR d’Odontologie – Lille 2.....</i>	<i>47</i>

## OUVERTURE DU COLLOQUE

---

### **Docteur Fabien COHEN - Coordinateur de la Mission Bucco-Dentaire**

Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui pour cette journée. Je salue également la présence de Marie KENNEDY, vice-présidente du Conseil général du Val-de-Marne et de Marie-Claude LEROUX, directrice de la Protection Maternelle et Infantile. Je suis moi-même Fabien COHEN, responsable de la Mission Bucco-Dentaire du Val-de-Marne. Je vais demander à Frédéric COURSON, président de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire, de se joindre à nous. Je salue enfin Yves TALHOUARN qui est dans la salle et qui est notre directeur général adjoint chargé des questions de santé, de prévention et d'action sociale.

### **Marie KENNEDY - Conseillère générale déléguée à l'Enfance et à la Petite Enfance**

Mesdames et Messieurs, bienvenue dans cette Maison Départementale des Syndicats Michel GERMA, qui a été baptisée tout récemment en hommage à notre ancien président du Conseil général, et où s'ouvre cette journée d'échanges et de réflexions autour de la petite enfance et de la santé bucco-dentaire. Permettez-moi d'excuser tout d'abord Monsieur Daniel TOUSSAINT, conseiller général délégué à la Santé et à la Prévention, qui n'a pu être parmi nous ce matin.

Merci de votre présence à ce colloque qui marque, pour notre département, quinze ans d'une démarche originale de prévention et de travail partenarial. Se brosser les dents seul comme un grand, manger équilibré pour bien grandir, aller chez le dentiste régulièrement, sensibiliser chaque petit Val-de-Marnais et sa famille aux bons comportements en matière de santé bucco-dentaire, c'est en effet le pari que s'est lancé, il y a maintenant quinze ans, le Conseil général du Val-de-Marne en faisant le choix d'associer les services publics, la PMI, les crèches et la Mission Bucco-Dentaire.

Partant du constat que les maladies bucco-dentaires étaient et restent à ce jour parmi les maladies les plus répandues chez les enfants, avec malheureusement souvent des conséquences irréversibles et s'amplifiant dans le temps, notre but était de réduire la prévalence et l'incidence des caries chez l'enfant de 0 à 6 ans. Or, les connaissances et moyens techniques actuels permettent d'éviter ou du moins de limiter considérablement la survenue de ces maladies. De plus, si les soins simples dits conservateurs sont pris en charge par l'assurance maladie, les autres ont un coût insupportable et donc rédhibitoire pour un nombre de plus en plus important de familles. Différentes enquêtes ont confirmé la corrélation entre les conditions socio-économiques et la prévalence carieuse. La prévention bucco-dentaire apparaît donc comme une solution logique et socialement équitable qui s'inscrit dans une démarche de santé publique.

C'est ainsi que dans la continuité et en cohérence avec notre action en faveur de la petite enfance, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

- intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales des structures de la Direction de l'enfance et de la famille ;
- créer chez les parents et le personnel entourant l'enfant des comportements de prévention bucco-dentaire adaptés à son développement.

Si cette expérience a pu se développer dans notre département, c'est parce que nous bénéficions d'un environnement institutionnel particulièrement important :

- d'une part, une direction de PMI déployée sur l'ensemble du territoire et offrant, avec ses 82 centres, des lieux de proximité permettant une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant, particulièrement pour les publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, un réseau de crèches départementales inégalé en France qui offre aux enfants, avec 76 établissements, des modes d'accueil de qualité favorisant épanouissement et bien-être.

Ce sont là autant de lieux de prévention qui ont été mis en place, il faut le préciser, en dehors des obligations légales du Conseil général et qui jouent un rôle important sur le plan pédagogique notamment en matière d'éducation à la santé.

Par ailleurs, nous bénéficions de l'existence d'une Mission Bucco-Dentaire dotée de praticiens expérimentés et menant à la fois des activités de prévention primaire et secondaire :

- primaire, dans le cadre d'un programme s'appliquant dans les écoles maternelles et primaires de villes conventionnées ;
- secondaire, avec le dépistage mené avec les deux camions dentaires mis à la disposition par la CPAM auprès des enfants scolarisés.

C'est par la collaboration d'emblée très proche entre ces différents services que s'est créé un axe de prévention efficace qui se conjugue aussi fortement avec des actions en matière de nutrition, d'équilibre alimentaire et de prévention de l'obésité. Un véritable dispositif s'est ainsi construit. Les 1 700 agents qui travaillent dans nos crèches départementales, sans compter les nombreux collègues de PMI, ont été informés des principes de base de l'hygiène dentaire. 200 d'entre eux ont en outre reçu une formation plus spécifique faisant d'eux des relais susceptibles de faire vivre la santé bucco-dentaire au cœur même des établissements. Des actions individuelles et collectives ont été mises en place auprès des familles accueillies quotidiennement en crèches et en PMI. Un carnet de santé bucco-dentaire a été réalisé et inséré dans le carnet de santé de l'enfant. Les étudiants en sixième année de chirurgie dentaire ont été accueillis au sein des crèches et des PMI pour réaliser des animations, favoriser la promotion de la santé bucco-dentaire pour les tout-petits et organiser des dépistages précoces. Le dispositif regroupe donc tout un ensemble de professionnels au service d'une politique volontaire s'appuyant sur le programme départemental de prévention bucco-dentaire.

Les bons résultats obtenus ont très tôt confirmé les choix de notre collectivité publique puisque le nombre de caries par enfant a diminué de plus de 40 % pour se rapprocher des préconisations de l'OMS pour 2010.

C'est par ailleurs une mission très bien perçue par les usagers car elle dédramatise le démarrage du suivi bucco-dentaire chez les praticiens libéraux. Quinze ans de pratique, une richesse d'expériences, des résultats très positifs légitiment, s'il en était

besoin, les actions que notre Conseil général s'efforce de promouvoir auprès des jeunes, des enfants et de leurs familles.

A ce moment de mon propos, permettez-moi de remercier Madame Marie-Claude LEROUX, directrice de la PMI et Monsieur Fabien COHEN, chef de service et coordinateur de la Mission Bucco-Dentaire qui ont été les pionniers de ce dispositif, Madame ADAM, chirurgien-dentiste à la Mission Bucco-Dentaire et Madame BINTZ, chargée de mission à la direction de la PMI qui sont les chevilles ouvrières de ce colloque ainsi que tous les personnels départementaux qui œuvrent au quotidien pour faire vivre ces actions.

Je voudrais également saluer tous les partenaires qui nous accompagnent dans cette démarche : les 22 villes avec lesquelles nous avons passé des conventions pour mener des projets innovants, l'Education nationale, la CPAM, les médecins libéraux et les parents. Merci également à tous les intervenants qui vont participer à l'animation de ce colloque, à la Faculté de Chirurgie Dentaire et à tous ceux qui ont préparé cette journée.

Nous souhaitons aujourd'hui vous rendre compte du bilan de cette politique de prévention et vous faire partager les expériences menées entre professionnels de la petite enfance et de la santé publique dentaire. Beaucoup reste à faire pour optimiser notre dispositif. Développer la santé bucco-dentaire des enfants nécessite aussi d'agir pour améliorer l'accès aux soins, en particulier des populations les plus fragilisées. Pour cela, il nous paraît important de pouvoir développer un plus grand partenariat avec les professionnels de santé. Je pense notamment aux chirurgiens-dentistes libéraux, aux centres de santé mais aussi aux maternités et aux praticiens intervenant dans le champ de la périnatalité. De même, il serait souhaitable de ne pas contenir nos actions aux seuls centres de PMI et crèches départementales mais d'élargir le partenariat à tous les acteurs de la petite enfance. Enfin, il me semble essentiel d'associer plus étroitement les parents à cette démarche. La construction d'un tel réseau qui permettrait d'offrir aux familles des solutions adaptées à chaque enfant pourrait se concrétiser autour de l'élaboration d'une charte de la santé bucco-dentaire et de la petite enfance à laquelle chacun pourrait se référer. Je pense aussi que notre politique départementale de prévention bucco-dentaire mériterait d'être réellement soutenue par l'Etat et l'assurance maladie dans le cadre de ses missions.

Ce sont donc là quelques pistes de réflexion sur lesquelles je vous propose de dialoguer et d'échanger nos expériences au travers des ateliers et débats qui vont rythmer cette journée. Je vous invite aussi à faire part de vos propositions et j'espère que ce colloque sera l'occasion d'avancer sur la voie de projets innovants et d'initiatives en faveur de la nécessaire prise en charge globale de la santé bucco-dentaire. Je vous remercie de votre attention et souhaite que les débats qui animeront cette journée soient particulièrement fructueux pour chacun et chacune d'entre vous.

*(Applaudissements).*

### **Docteur Fabien COHEN**

Je donne la parole à Monsieur Frédéric COURSON, président de l'ASPBD, partenaire de cette initiative.



### **Frédéric COURSON - Président de l'ASPBD**

Bonjour, l'ASPBD que je représente ici est une jeune association, la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire. Je suis bien heureux aujourd'hui qu'elle soit associée à la Mission Bucco-Dentaire car elle est née à l'initiative de personnes issues de cette mission. Elle a aujourd'hui beaucoup évolué, et c'est ce qui fait notre richesse.

Le maître mot de cette journée sera que tous les acteurs réfléchissent ensemble sur ce thème de la petite enfance. Je ne vais pas faire un long discours mais je souhaite souligner l'originalité du programme. Après quelques présentations d'universitaires reconnus dans ces domaines, nous allons avoir des ateliers ce qui est très intéressant. Je suis moi-même aussi universitaire, travaillant en milieu hospitalier comme un certain nombre de confrères présents ici et venant de province et de Paris. Quand je vois le nombre d'enfants de moins de six ans que j'ai accueillis au service hospitalier hier, il reste encore malheureusement énormément de travail. Il va nous falloir réfléchir car nous sommes débordés. J'espère que cette réflexion qui va avoir lieu dans les ateliers va nous permettre de trouver quelques pistes pour améliorer encore cette prévention bucco-dentaire, faire en sorte que ces enfants soient pris en charge plus précocement et qu'il y ait beaucoup moins de problèmes.

Cela devient en effet vraiment une question de santé publique de plus en plus importante notamment parce que, outre les problèmes des enfants issus pour la plupart de milieux sociaux défavorisés, se sont ajoutés ces dernières années ceux des enfants issus des populations immigrantes qu'il ne faut pas négliger. Nous en recevons de plus en plus dans nos services et il va aussi falloir agir dans ce domaine. Je vous laisse la parole pour présenter le reste de la journée.

### **Docteur Fabien COHEN**

Merci de cette intervention. Pour nous, c'était effectivement important d'associer la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire et toutes celles et tous ceux qui nous ont accompagnés de près ou de loin pendant ces quinze ans et grâce auxquels nous avons pu travailler. Je pense notamment au Conseil général de la Seine-Saint-Denis et à sa Mission Bucco-Dentaire qui nous avait bien inspirés quand nous avons démarré cette initiative. Nous nous étions aussi inspirés des réflexions des universitaires et des expériences à l'étranger. Nous souhaitons aujourd'hui les remercier de ce travail en espérant que maintenant, nous allons pouvoir apporter de notre côté de nouvelles réflexions. Cela va être votre rôle aux uns et aux autres d'essayer de transmettre et peut-être de trouver des formes pour mettre en lumière les éléments les plus importants et pour leur donner du sens au plan départemental voire au plan national. Je laisse la parole au Docteur ADAM et à Madame BINTZ pour présenter le travail.

## 15 ANS DE PARTENARIAT PMI — MISSION BUCCO-DENTAIRE DANS LE 94

---

### **Christine BINTZ - Puéricultrice chargée de mission à la direction de la PMI**

J'aimerais d'abord au nom du Docteur ADAM et de moi-même remercier tous les professionnels qui ont participé au montage et à l'organisation de cette journée. Merci à vous aussi d'être venus nombreux. Notre objectif aujourd'hui est de prendre un temps pour des échanges autour de nos pratiques et de nos expériences. Nous avons donc besoin de votre présence. Vous êtes venus nombreux d'horizons professionnels différents, de départements différents et les échanges promettent donc d'être riches. Nous allons en quelques minutes, car le programme de la journée est dense, vous présenter la situation du Val-de-Marne dans le domaine de la santé bucco-dentaire pour nos publics accueillis dans les structures crèches et PMI.

Comme vous l'a dit Madame KENNEDY, quand, il y a quinze ans, la Mission Bucco-Dentaire a vu le jour, quand ce dispositif a commencé à se mettre en place, le Conseil général était déjà fortement impliqué dans le domaine de la petite enfance. Au quotidien, les crèches et les PMI accueillent et accueillent bien sûr toujours un public nombreux composé d'enfants de 0 à 6 ans, d'adolescents et de femmes, particulièrement de femmes enceintes. Pour exemple, nous avons en moyenne 20 000 naissances par an et 76 crèches départementales ce qui, comme le soulignait Madame KENNEDY, représente plus de la moitié des crèches départementales de France sur le seul département du Val-de-Marne. Dans le Val-de-Marne toujours, les équipes PMI accueillent et suivent 30 % des femmes enceintes, à peu près un enfant sur deux dans la tranche 0-2 ans et près d'un enfant sur trois encore dans la tranche 2-6 ans. C'est dire que nous voyons un public important.

Nos structures départementales sont ouvertes à tous sans conditions, ni de lieu d'habitation, ni de ressources, mais nous avons bien sûr le souci de soutenir davantage les plus vulnérables. Comme cela a été évoqué précédemment, il y a beaucoup à faire pour certains publics en difficultés. Le public est d'origine sociale et culturelle très variée dans les structures. Les pratiques en matière d'éducation et de santé sont donc elles aussi très diverses.

Les structures sont implantées au sein même des quartiers et sont donc facilement identifiées et bien perçues par la population qui les reconnaît comme des lieux ressources. Le travail en partenariat est nécessaire pour permettre aux familles de mieux nous connaître et pour leur garantir un accompagnement que nous souhaitons de qualité, régulier et cohérent.

Nos partenaires habituels sont notamment les équipes hospitalières de maternité et de pédiatrie, la santé scolaire et les praticiens libéraux. Nous travaillons avec tous ces professionnels de façon complémentaire et dans l'intérêt des publics accueillis. La PMI, dans le cadre de ses missions de prévention et de promotion de la santé, met en place un certain nombre d'actions collectives ou individuelles. Ces actions sont déterminées à partir des besoins de la population que nous accueillons.

Pour évaluer ces besoins, réajuster régulièrement nos orientations, nous nous appuyons sur des données épidémiologiques, les certificats de santé particulièrement, des études de terrain et sur les rapports d'activité des équipes. Dans ce contexte, le service bucco-dentaire nous a apporté, par la mise en place de ce dispositif, des compétences spécifiques et des moyens humains et matériels pour approfondir notre mission de prévention et de promotion de la santé.

Comme disait Madame KENNEDY, la prévention bucco-dentaire se conjugue fortement avec nos actions dans le domaine notamment de la nutrition. Bonnes pratiques en matière de diversification et d'équilibre alimentaire, prévention et prise en charge du surpoids et de l'obésité, nos messages se recoupent et se renforcent. Il faut citer l'exemple très concret du grignotage qui est une pratique particulièrement répandue chez les enfants et dont nous connaissons bien les effets néfastes sur la santé bucco-dentaire mais aussi sur la santé en général.

Je vais maintenant laisser la parole au Docteur ADAM qui va nous présenter la mise en place de ce dispositif original.

### **Docteur ADAM - Chirurgien-dentiste - Pôle petite enfance - Mission Bucco-Dentaire du Conseil général du Val-de-Marne**

Bonjour, je vais revenir plus spécifiquement sur le dispositif concernant la santé bucco-dentaire. Cette thématique a fait l'objet, à partir de 1991-1992, d'un véritable programme, le programme départemental de prévention qui s'adressait aux 0-11 ans. Sa construction s'est appuyée sur des données internationales, en particulier celles concernant les pays scandinaves, sur des expériences menées en Seine-Saint-Denis et sur des actions qui existaient déjà dans certaines structures départementales. Dans un premier temps, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des responsables de structures départementales d'accueil petite enfance. Il s'agissait donc vraiment de travailler en collaboration étroite avec le service de la PMI. L'objectif était de mettre en cohérence les différentes actions et de les systématiser.

L'idée principale de ce programme, et particulièrement de son volet petite enfance des 0-6 ans, est de faire vivre la santé bucco-dentaire au quotidien. C'est d'en parler, de communiquer autour afin de sensibiliser les familles de manière très précoce. C'est aussi de mener une réflexion pour intégrer cette dimension de santé bucco-dentaire dans les structures petite enfance et donc dans les pratiques des professionnels.

La deuxième idée qui est complémentaire est d'essayer de privilégier une approche globale de la santé. Il s'agit de faciliter la prise en charge de la santé bucco-dentaire par les équipes qui assurent la santé et, plus généralement, le bien-être du petit enfant dans ces lieux de vie sociale.

Le rôle du service, quand il a été créé, était de donner du sens à cette prise en charge et de faciliter la mise en place des actions. Les professionnels du service de santé bucco-dentaire interviennent finalement peu sur le terrain directement au contact des familles. Il faut donc voir le service comme un lieu ressource pour permettre la diffusion de l'information scientifique. Cela passe par un travail de sensibilisation des équipes qui sont nombreuses puisqu'il y a près de 150 structures

départementales, pour travailler sur les représentations et arriver à construire ensemble un socle commun de connaissances. A partir de ces informations, les personnes qui désirent s'investir un peu plus dans cette thématique bucco-dentaire ont accès à la formation « personne relais » pour devenir référent sur le terrain de la Mission Bucco-Dentaire. Cette formation se fait sur trois ou quatre jours et permet vraiment d'approfondir les connaissances et d'apporter un soutien méthodologique pour construire des actions d'éducation pour la santé.

Au niveau de l'information scientifique, le service a un rôle d'expertise. Par exemple, en 1998-1999, un travail a été réalisé sur l'utilisation des fluorures pour le jeune enfant. Enfin, la mise en place des actions a été facilitée par l'apport de matériel d'hygiène (trousses, brosses à dents, dentifrices dont la teneur en fluor est adaptée aux âges des enfants). 7 000 à 8 000 trousses sont distribuées chaque année dans les structures petite enfance. Du matériel pédagogique est également mis à disposition (la grosse mâchoire avec la grosse brosse, le modèle d'évolution des caries, le modèle d'évolution des dents temporaires et permanentes) ainsi que des documents qui permettent de faire le lien entre les structures de vie sociale de l'enfant et les familles. Ces documents sont élaborés en collaboration avec les personnes référentes sur le terrain. Les actions collectives concernent par exemple les salles d'attente des centres de PMI. Les actions individuelles peuvent quant à elles avoir lieu au cours de la pesée dans le cabinet médical. Des actions sont également menées dans les crèches avec un brossage des dents dans la section des grands après le repas du midi avant la sieste pour être vraiment dans une dimension de bien-être.

Avec le temps, ce programme s'est enrichi à partir des résultats des enquêtes épidémiologiques menées au niveau du département. En 1991, à six ans, le taux d'enfants atteints de caries était de 35 %. En 2000, il a été ramené à 22 %. On retrouve cette amélioration dans les pays industrialisés et en France. On peut cependant constater que dans l'enquête de 2005 réalisée en France au niveau national, le taux d'enfants atteints à six ans était de 37 %. Le département est quand même très contrasté au niveau socio-économique et ce taux de 22 % est un résultat très acceptable même s'il y a des disparités suivant les territoires et des besoins différents.

La deuxième source d'évaluation du programme est constituée par les bilans d'action réalisés par les équipes, par les professionnels de terrain, à partir de leurs expériences et leurs ressentis. Des données très importantes ont été apportées par les stages réalisés par les étudiants de sixième année de chirurgie dentaire dans les centres de PMI ou dans les crèches à raison d'une demi-journée par semaine, de novembre à juin. L'évaluation a été la plupart du temps très positive tant pour les professionnels que pour les familles.

En 2003, un nouveau programme départemental de prévention a été validé et mis en place. Le dispositif existant a été élargi d'une part aux femmes enceintes avec un axe de travail en périnatalité et d'autre part aux adolescents de 11- 18 ans avec toutes ses spécificités liées à cette période. De plus, des conventions ont été signées avec des villes du département permettant ainsi de développer des actions dans des structures petite enfance municipales. Il est aussi apparu nécessaire de travailler sur l'évaluation pour ne pas rester simplement sur des ressentis et de mener des études rigoureuses.

Nous avons enfin proposé, suite aux stages des étudiants la création de « dentistes référents petit enfant ». Nous nous sommes appuyés sur le découpage géographique du département par la PMI en six groupements pour affecter un dentiste référent à chaque groupement. Nous avons d'abord décidé de mener une expérience sur les villes de Villeneuve-Saint-Georges et de Valenton où les besoins en matière de santé bucco-dentaire pour la petite enfance sont particulièrement importants. Il s'agissait de mener une évaluation qualitative avec un organisme externe au Conseil général. Cette étude s'est déroulée sur trois ans à partir d'interviews des professionnels et des familles. Vous avez une synthèse dans vos dossiers des résultats de cette étude. Très succinctement les résultats ont montré que ce dentiste référent petite enfance pouvait jouer vraiment un rôle central en permettant le dynamisme des actions et qu'il avait facilité la mise en place d'actions collectives qui ont été plébiscitées par les familles. Suite aux conclusions de cette enquête, nous sommes en train de mettre en place progressivement des dentistes sur les différents groupements (sur les six groupements, il y a actuellement trois dotés de dentistes). Le coût de cette innovation devrait représenter à termes l'équivalent de trois temps plein de chirurgiens-dentistes pour 1,4 million d'habitants selon le recensement de 1999. Pour la tranche des 0-4 ans, cela représente entre 70 000 et 80 000 enfants mais on touche en fait beaucoup plus de personnes à travers les fratries et les familles.

Ce programme bénéficie d'un certain nombre d'atouts. Il s'agit d'abord de la mobilisation de nombreux acteurs :

- la PMI dont le soutien est très actif et permet le dynamisme de ce programme ;
- l'engagement des élus départementaux qui ont fait de la santé bucco-dentaire une priorité dans l'engagement 66 du projet départemental de 2003 ;
- l'implication des élus et des responsables petite enfance des villes qui ont passé des conventions ;
- l'implication de l'Inspection académique qui permet la mise en place d'actions dans les écoles ;
- le partenariat avec la faculté d'Odontologie de Paris V.

Le deuxième atout est le temps. Plus de 200 personnes relais ont été formées ce qui a vraiment un effet multiplicateur sur le terrain en permettant une lisibilité du programme.

Il faut citer le programme ARCADE dont parlera le docteur BAILLON-JAVON et l'audit réalisé en 2005-2006 qui était très positif. Le temps permet aussi de mettre en place des études et de s'engager dans des démarches évaluatives.

Il reste cependant beaucoup de questions, tout n'est parfait. Nous aimerions donc que cette journée puisse y apporter des réponses au travers des différentes expériences des personnes présentes. Nous voulions aussi permettre aux professionnels qui, souvent, travaillent en parallèle et n'ont pas de lieu ni de temps pour se rencontrer, d'avoir l'occasion d'échanger sur leurs actions, leurs limites et leurs contraintes car en connaissant l'autre, il est plus facile d'avancer. Le but est d'améliorer la santé et plus généralement le bien-être de tous les enfants. Je vous remercie de votre attention et de votre participation à cette journée car vous allez contribuer vraiment à sa réussite.

*(Applaudissements).*

**Docteur Fabien COHEN**

On voit bien l'importance de la collaboration que nous avons réussi ensemble à mettre en place dans un département, comme le disait Madame KENNEDY, qui avait une démarche volontaire dans une politique de santé et de prévention. L'ampleur du nombre de PMI et de crèches est un facteur de réussite puisque le Val-de-Marne est le premier département de France en matière de crèches départementales. C'est un facteur très favorable. Le département n'aurait que quelques crèches ou PMI, comme cela existe dans d'autres, la démarche serait déjà plus complexe à organiser. C'est en effet un véritable maillage départemental que nous avons essayé de mettre en place pour la PMI et pour le programme départemental de prévention bucco-dentaire à la réussite duquel tout le monde s'associe. Je voulais attirer l'attention sur le fait que comme cela a été dit par Madame KENNEDY, de nombreux acteurs différents se sont associés. Je tiens à remercier à nouveau les collectivités car il était très important de les avoir eues à nos côtés.

Je pense que le dispositif va encore pouvoir être élargi. C'est ce que nous essayons de faire avec l'arrivée du camion dentaire, dans le cadre de l'action menée avec la Caisse primaire d'assurance maladie et avec les écoles. Je me rappelle des toutes premières réunions que j'avais avec les enseignants, notamment en maternelle, où les choses n'étaient pas évidentes. Grâce au travail qui a été entrepris par le service de promotion de la santé des élèves et par nos propres services, nous avons pu tisser des liens, créer un passage depuis la PMI et les crèches vers le secteur scolaire. L'esprit du programme était de faire en sorte que la transition se fasse de bonne manière et qu'il n'y ait pas de rupture entre les deux. C'est ce que fait la PMI en général et ce qui méritait de se faire aussi en matière bucco-dentaire.

Je souhaite renouveler pour ma part mes remerciements vraiment sincères pour cette collaboration entre nos deux services. Même si nous sommes du même département, faire travailler des services différents dans une même institution n'est pas aussi simple qu'on peut le penser. Je crois qu'il y a là un véritable travail productif au sens le plus noble du terme parce que l'enfant et les familles sont au cœur de ce projet.

Cela méritait d'être mieux soutenu et mieux connu et c'est un peu l'esprit de ce colloque. C'est aussi de faire en sorte que nous partagions avec d'autres, et pas seulement entre nous, cette approche et que vous nous fassiez part de vos propres réflexions. De ce point de vue, le programme nous permettra d'avoir quelques ouvertures et d'autres avis.

## **CAPITAL SANTE BUCCO-DENTAIRE DU JEUNE ENFANT : QUELLES MESURES POUR L'OPTIMISER ?**

---

**Professeuse Marysette FOLLIGUET - PU, PH. UFR d'Odontologie Paris 5**

Bonjour, Mesdames, Messieurs, mes chers confrères. Je suis très heureuse d'être là aujourd'hui. Je suis surtout contente qu'il y ait tous ces intervenants qui participent, d'une manière ou d'une autre, au capital santé du jeune enfant. En effet, dès la naissance et même avant, ce capital santé va se mettre en place et l'idéal serait que l'enfant arrive à l'âge de six ans totalement indemne de caries.

Il faut savoir que la constitution du capital dentaire se fait curieusement quasiment sans passer par le cabinet dentaire. On voit tout de suite que nous, les chirurgiens-dentistes, avons des choses à faire mais que tous les intervenants et tous les professionnels de la petite enfance en ont aussi. Nous souhaiterions beaucoup que les enfants découvrent le cabinet dentaire plus tôt, plus comme un lieu de prévention que comme un espace de soins. Il s'agit donc d'optimiser ce capital santé bucco-dentaire. Vous allez participer à cette optimisation en prévenant les différentes pathologies dentaires qui peuvent s'installer. Malheureusement, cela ne se passe pas aussi bien que cela dans la réalité. Nous savons à l'heure actuelle que 20 % des enfants regroupent la majorité des caries au stade de la cavitation. Lorsque l'on fait des dépistages et que l'on observe les caries en France, on ne s'intéresse pas ou, en tout cas, on ne recherche pas les stades de déminéralisation non cavitaire. Or, quand on est au stade de la cavitation, il est nécessaire de traiter la dent car la carie s'est développée.

Globalement, les moins de trois ans en France sont environ deux millions et on considère, en fonction de la prévalence de la carie, qu'il y a environ 200 000 à 250 000 enfants en France qui ont besoin de soins. Nous savons les difficultés que cela représente et nous serions tout à fait favorables bien sûr à ce que ces enfants soient indemnes de caries.

Nous avons peu de données épidémiologiques globales en France sur le petit enfant. Nous avons en revanche beaucoup de données régionales qui ont toute leur importance mais qui montrent de fortes variations. On peut citer une étude en Moselle chez les enfants de quatre ans : 40 % ont des caries et en particulier, 11 % ont des caries des dents antérieures. On sait que dans ce cas-là, c'est un risque carieux élevé. L'URCAM<sup>1</sup> Alsace a réalisé une étude en 2006. Les mesures préventives y sont développées d'une manière historiquement plus importante et 84 % des enfants sont indemnes de caries. C'est un peu ce qui se passe dans le Val-de-Marne avec environ 80 % d'enfants indemnes.

Quelques données sont également disponibles en France à partir des centres de bilans de santé gratuits de l'enfant.

Ces centres permettent de réaliser un bilan de santé gratuit des enfants entre 12 et 18 mois et entre 3 ans et demi et 4 ans et demi. Malheureusement, ces centres sont

---

<sup>1</sup> URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

peu nombreux. Il n'y en a par exemple que deux à Paris. Ils recueillent toutes ces données mais leur diffusion est plutôt locale.

A l'étranger, c'est la même chose, il y a un nombre trop important d'enfants qui présentent des caries en étant encore tous petits. En Suisse, malgré des mesures préventives importantes, 30 % des enfants de moins de quatre ans ont des caries, en Irlande aussi. Aux USA, on est à 20 % d'enfants entre deux et quatre ans qui ont des caries et en particulier dans les populations défavorisées. Il y a notamment ces fameuses caries précoces sur les incisives maxillaires que l'on retrouve aussi dans nos pays.

Si l'on regarde les objectifs de l'OMS pour 2015, à six ans, on espère 80 % d'enfants indemnes de caries et le CAOD, l'indice carieux à 12 ans, devrait être inférieur à 1,5. La dernière étude de prévalence de la carie commandée à l'UFSBD<sup>2</sup> en 2006 et dont les résultats viennent d'être présentés fait état de 63 % d'enfants indemnes à six ans ce qui montre qu'il y a encore des choses à faire à cet âge. Par contre, à l'âge de douze ans, des mesures préventives sont appliquées. On constate une amélioration de la prévalence de la carie en denture permanente. En denture temporaire, même s'il y a eu une amélioration, on tend à une stagnation et l'on voit même réapparaître des caries

Cette étude nous montre qu'il faut vraiment intervenir précocement c'est-à-dire dès que les dents commencent à se former au cours de l'odontogénèse. Comme les premiers stades de formation des dents débutent pendant la grossesse, il est indispensable d'intervenir chez la femme enceinte. C'est une période pendant laquelle elle est réceptive aux messages même si ceux-ci sont très, voire trop nombreux dans cette période. Il est impératif de donner un certain nombre de recommandations. Le Dr BAILLON-JAVON en parlera dans le plan de prévention bucco-dentaire. Il est prévu de recevoir la femme enceinte au cabinet dentaire puis lorsque son enfant a six mois. Il est donc nécessaire d'intervenir le plus tôt possible si l'on veut garantir des dents temporaires saines.

Il faut rappeler que les dents temporaires apparaissent en bouche une fois qu'elles sont minéralisées et formées ; l'enfant se retrouve à l'âge de 30 mois avec 20 dents temporaires présentes. Petit à petit, les dents permanentes vont apparaître. La cavité buccale de l'enfant connaît donc d'importantes modifications physiologiques à un moment où il consulte assez peu fréquemment le chirurgien dentiste.

Sur quoi faut-il intervenir ? Il y a de très nombreux déterminants de l'état dentaire. Certains sont des déterminants généraux qui nous dépassent, tels que la politique gouvernementale, le système de santé. Même si nous constituons un groupe de pression pour modifier les choses, ce n'est pas toujours facile et il faut beaucoup de détermination. Il y a aussi un certain nombre de facteurs ou d'indicateurs de risque. Il y a une inégalité devant le risque carieux. Ce n'est donc pas facile d'avoir un message unique. Le message doit être adapté. C'est la raison pour laquelle il faut à la fois des mesures collectives pour l'ensemble de la population mais aussi des mesures individuelles adaptées à chaque niveau de risque carieux. Il y a assez peu d'études sur les indicateurs de risque avant l'âge de trois ans en France. Il faudrait

---

<sup>2</sup> UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire



des études longitudinales pour connaître les facteurs qui ont présidé au développement carieux.

L'année dernière, une étude a identifié 106 facteurs susceptibles d'entraîner des caries. Parmi ces facteurs, on peut distinguer plusieurs grandes familles comme par exemple, le facteur microbien. A l'intérieur de ce facteur microbien, on retrouve notamment la transmission par la petite cuillère et le baiser sur la bouche. Il s'agit donc de la transmission du streptocoque mutans de la mère à l'enfant. S'y ajoutent aussi tous les éléments liés à l'hygiène et au développement de la plaque bactérienne. Il faut également citer le facteur nutritionnel car on sait qu'un certain nombre d'aliments sont nocifs pour les dents même si le lien entre l'aliment et la carie, et en particulier entre les sucres et la carie, est nettement moins fort depuis que l'on utilise des fluorures. Il y a également les antécédents de caries ;. en effet, le fait de présenter des caries sur les dents temporaires est un facteur de risque de développement carieux sur les dents permanentes.

Il y a peu d'études en France sur les facteurs sociaux et comportementaux. Une étude intéressante a été menée par Mattila sur mille enfants. Il a vu les enfants à l'âge de trois ans, puis à nouveau à l'âge de dix ans. Il s'agit donc d'une étude longitudinale qui permet de suivre le développement du processus carieux et d'étudier tous ces facteurs ou ces indicateurs de risques. Les éléments qui en ressortent sont nombreux et complexes, notamment l'âge du père, sa profession, l'éducation de la mère. On sait qu'il y a un lien plus fort entre la mère et l'enfant qu'entre le père et l'enfant mais il existe aussi au niveau statistique et épidémiologique. La mère est un important vecteur de transmission. Son éducation et son passé carieux ressortent beaucoup dans les habitudes acquises par l'enfant. L'hygiène orale des parents compte aussi, y compris l'hygiène du père, ainsi que les comportements alimentaires. On relève également le statut matrimonial, le fait de vivre seul ou non avec l'enfant.

On s'étonne un peu, finalement, du désintérêt porté à la cavité buccale alors que la première dent et même les suivantes représentent un événement familial important. On banalise ensuite la cavité buccale pour de nombreuses raisons. Un certain nombre de croyances persistent. Cela commence chez la femme enceinte avec « un enfant, une dent » que l'on entend malheureusement encore. On ne brosse pas les dents de lait et on ne les soigne pas. Jusqu'à maintenant, le lien entre la santé dentaire et la santé générale n'a pas été suffisamment précisé pour que soit mise en évidence la nécessité d'une santé orale optimale. S'y ajoutent les représentations que l'on a du chirurgien dentiste : ce n'est pas utile, c'est un « arracheur de dents », cela fait mal. Il y a donc beaucoup de raisons de ne pas y aller.

Quelle est la situation actuelle chez le très jeune enfant ? Il y a peu de consultations systématiques et les mesures préventives, si elles sont mises en place, ne le sont que tardivement. Quand un chirurgien-dentiste voit un enfant, c'est en général pour deux motifs : soit pour des douleurs (un syndrome du septum, un abcès, une infection), soit pour un traumatisme. Si le traumatisme est arrivé très précocement, cela permettra d'avoir une démarche préventive pour l'enfant et la fratrie. Sinon, en l'absence de prévention et de soins précoces, les caries vont évoluer, notamment sur les dents antérieures. A ce moment-là, tous ceux qui traitent des enfants rencontrent des difficultés.

C'est un acte complexe car il faut acquérir une compétence et avoir la motivation de les soigner. Tout le monde n'en a pas forcément envie et il faut le respecter. C'est une réalisation difficile qui nécessite une aide opératoire et une structure adaptée. Il faut avoir le temps de préparer l'enfant. Dans les cas de traumatisme, c'est toujours un problème car il faut intervenir en général en urgence ce qui ne facilite pas le suivi des soins. La préparation psychologique de l'enfant et des parents et leur adhésion au traitement sont donc très importantes. Il faut parfois avoir recours à la sédation consciente ou à l'anesthésie générale qui n'est pas simple à mettre en place. Elle requiert des structures hospitalières qui parfois ont des listes d'attente ou des déplacements lointains pour avoir accès aux soins.

On sait que la maladie carieuse est une maladie évitable mais en l'absence de prévention et de conseils, l'enfant va subir un certain nombre de préjudices. Il peut souffrir, les dents peuvent éventuellement se mettre en place de façon anarchique et il peut y avoir des effets sur sa croissance. Des études démontrent en effet que les enfants qui présentent des caries importantes peuvent connaître une réduction de poids liée à leurs difficultés masticatoires. Ils s'alimentent moins bien ce qui peut avoir des répercussions sur leur santé générale. Il y a également des conséquences familiales car lorsque l'on a des pathologies dentaires et des complications, il faut trouver une structure d'accueil en urgence. Cela implique un absentéisme des parents au travail, des difficultés de transport, parfois des difficultés de communication avec des mamans ne comprenant pas bien le français. Cela aggrave donc les inégalités sociales car on retrouve la plupart du temps ces cas dans des familles qui sont dans un contexte socio-économique défavorisé. Il faut aussi tenir compte de l'absentéisme scolaire des enfants avec éventuellement une hospitalisation et le traumatisme qui y est lié. S'y ajoutent enfin les conséquences sur l'économie de la santé du pays par l'augmentation des coûts engendrés par ces soins.

Quelles sont les solutions ? Le colloque d'aujourd'hui apporte un début de réponse Il faut impérativement un partenariat entre les professionnels du secteur de la petite enfance, qu'il s'agisse des personnels médicaux, non médicaux ou administratifs. Il doit associer toutes les structures de l'enfance car il s'y établit une relation de confiance avec l'enfant et avec les parents qui favorise la réception des messages. Il y a des méthodes à utiliser. Les outils interactifs actuels permettent de développer cette communication et cet apprentissage auprès des familles et d'intéresser les enfants. Par exemple, dans des crèches, un spectacle de marionnettes a été monté pour représenter l'enfant chez le chirurgien dentiste.

Il y a un rôle pour chacun et cette collaboration est indispensable. Tous les partenaires vont s'engager à diffuser les messages de prévention et surtout à s'assurer de leur compréhension puisqu'ils ont la chance de voir régulièrement les enfants et les familles et de pouvoir réitérer les messages. Le pédiatre a un rôle obligatoire dans l'examen de la cavité buccale et dans la prescription ou non de fluor. Ce n'est pas le sujet du jour mais cela pose la question de la formation à la santé orale des médecins et des équipes médicales.

L'objectif est de faire adopter des comportements de santé le plus tôt possible grâce à des conseils donnés dès la grossesse, puis après la naissance ; des conseils nutritionnels de base en sont un exemple.

Il y a une difficulté à propos des apports lactés car il est toujours délicat de dire à des parents qui pensent bien faire qu'il faut arrêter de donner un biberon de lait en permanence à l'enfant. Nous avons donc des choses à apporter pour faire comprendre le bienfait du lait mais aussi le risque du biberon.

Dans la mise en place de ces recommandations, vous pouvez être des relais tout à fait importants. Concernant l'hygiène buccale, il faut insister sur le nettoyage des dents dès leur apparition, puis sur leur brossage. Je ne parlerai pas des fluorures car le consensus n'est pas complètement établi. Il y a plusieurs recommandations en France. Nous savons que de toute façon, il faut faire un bilan des apports et qu'il faut privilégier les apports topiques. Néanmoins, on ne peut pas éliminer la fluoruration systémique, en particulier chez les enfants des familles défavorisées.

Pour évoquer des exemples hors de nos frontières, aux Etats-Unis, l'Association Dentaire Américaine et l'Association de Dentisterie Pédiatrique recommandaient la consultation à l'âge d'un an. Compte tenu des difficultés que cela présentait, même si elle était recommandée, en pratique, elle ne se faisait pas. L'Association de Pédiatrie a proposé de faire réaliser une évaluation de la santé orale par un pédiatre ou un personnel de santé qualifié à l'âge de six mois.

Dans les pays nordiques, des programmes précoces sont mis en place avec des assistantes ou des hygiénistes dentaires. Il s'agit donc d'un personnel parfaitement formé et dédié à cela, ce qui n'est pas exactement le cas des médecins.

En France, au moment du bilan de santé obligatoire en grande section de maternelle, les médecins vont observer différents éléments, et en particulier la santé dentaire, mais ils sont peu nombreux, ils ont peu de temps et ont beaucoup d'éléments à relever. Une enquête triennale est faite à partir des résultats de ces bilans de santé. Le seul indicateur bucco-dentaire retenu est le fait que l'enfant présente au moins 2 caries non soignées. On observe de fortes disparités régionales et entre les écoles selon qu'elles sont ou non situées en ZEP<sup>3</sup>. Cela montre bien l'association entre précarité au sens large et pathologies bucco-dentaires.

Il faut attendre six ans pour qu'il y ait un dispositif national avec un examen bucco-dentaire radio-clinique et des conseils. Il s'agit donc d'un véritable examen de prévention avec les soins qui doivent être faits à la suite de cette consultation.

On peut citer pour terminer l'exemple du Canada qui a mis en place un plan de santé dentaire publique basé sur l'acquisition d'habitudes saines avant l'apparition des dents. Les milieux d'intervention distingués dans ce plan sont les centres hospitaliers, les maisons de naissance, les cliniques de vaccination et les centres de petite enfance et garderies où ont lieu des interventions sur le brossage et des activités éducatives. Cette action se poursuit à la « maternelle quatre ans » qui est une structure particulière au Canada qui reçoit les enfants handicapés et les enfants de milieux socio-économiques défavorisés, c'est-à-dire à très haut risque pour leur santé générale.

En suivant l'exemple des cliniques de vaccination, on pourrait imaginer que chez nous, le pédiatre propose des séances de conseils aux parents avec des messages

---

<sup>3</sup> ZEP : zone d'éducation prioritaire

courts et clairs, qui pourront être répétés pour être mieux acquis. Dans les cliniques de vaccination, à l'âge de quatre mois, la transmission bactérienne est expliquée et des démonstrations sur l'hygiène sont réalisées. A l'âge de six mois, les mesures d'hygiène sont rappelées et on commence à parler du régime alimentaire et des collations. A l'âge de douze mois, on revient sur les précédents messages et on donne les principes d'une bonne alimentation une fois la diversification passée. A dix-huit mois, quatrième étape de la vaccination, des rappels sont faits sur l'ensemble de ces éléments.

Ma conclusion sera une ouverture sur une discussion : que faut-il faire ? Il est sûr qu'il faut intervenir le plus tôt possible. Il faut réfléchir à la délégation de tâches. On sait qu'elle est efficace car elle permet de libérer les professionnels pour d'autres activités. Il faut aussi une coordination. Malgré les recommandations nationales, c'est au niveau régional et local qu'une bonne coordination peut être mise en place par l'intermédiaire des plans de santé publique, (PRSP<sup>4</sup>.)

Toutes les études mettent en évidence que la consultation précoce facilite recours aux soins L'enquête URCAM de l'île de France a montré que le recours aux soins des 0-5 ans était de 4 %. Il y a encore beaucoup à faire pour améliorer ce recours aux soins ce qui implique une formation des professionnels, des lieux et des structures d'accueil pour recevoir les jeunes enfants et une réflexion plus générale, par exemple, sur l'incitation financière à une prise en charge précoce. Je crois que nous sommes tous concernés par cette problématique. Je vous remercie.

*(Applaudissements).*

---

<sup>4</sup> PRSP : plan régional de santé publique

## **DISPOSITIF CONVENTIONNEL DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE**

---

### **Docteur Evelyne BAILLON-JAVON – Chirurgien-dentiste conseil – ELSM 95**

Bonjour, je suis chirurgien-dentiste conseil de l'assurance maladie. Je vais vous présenter succinctement les dispositifs conventionnels qui, bien que commençant à 6 ans, sont intéressants à connaître en tant que contexte de la santé bucco-dentaire en France. Je vous dirai aussi quelques mots sur le programme ARCADE qui concerne la région Ile-de-France et qui s'adresse aux enfants de 0 à 11 ans.

La première étape de la mise en place de ce dispositif conventionnel a été la loi de financement de la Sécurité sociale, votée le 21 décembre 2001, qui a inscrit, pour la première fois, dans le code de la santé publique, des dispositions concernant la santé bucco-dentaire. Elle prévoit en effet, pour les enfants de 6 et 12 ans, un examen bucco-dentaire obligatoire et gratuit à inscrire dans le carnet de santé.

Cependant, la mise en place des dispositions prévues par la loi passe toujours par des décrets d'application. Aucune mesure n'a été prise en 2002 et 2003 ce qui posait un certain nombre de difficultés. Puis, en août 2004, a été votée la loi relative à la politique de santé publique. Cette loi a fixé pour 2004-2008 cent objectifs chiffrés de santé publique, dont un objectif bucco-dentaire. Il s'agit de l'objectif 91 qui prévoit une réduction de 30 % sur cinq ans des indices CAO à 6 ans et 12 ans. Les dernières données disponibles à cette époque étaient les enquêtes épidémiologiques de l'UFSBD. L'objectif était donc de ramener l'indice CAO de 1,7 à 1,2 à 6 ans et de 1,94 à 1,4 à 12 ans.

Ensuite, Xavier BERTRAND a annoncé, au cours du congrès de l'Association Dentaire Française de novembre 2005, un plan ministériel de mobilisation pour la santé bucco-dentaire comprenant neuf mesures. Je ne vais pas toutes les détailler. Elles vont de la femme enceinte aux personnes âgées. Je vais simplement parler de la première mesure qui consistait à mettre enfin en œuvre l'examen de prévention obligatoire, prévu depuis déjà quatre ans dans le code de la santé publique. La question s'est en effet posée de savoir s'il fallait faire un examen systématique à l'école ou seulement inciter les enfants à aller consulter en cabinet. Il a été finalement décidé de confier la mise en place de l'examen aux partenaires conventionnels. L'article du code de la santé publique a donc été modifié pour préciser que les conventions détermineraient la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. Enfin, un arrêté d'application a été pris le 9 décembre 2005 pour définir la nature et les modalités de cet examen obligatoire.

Je vais vous présenter un très rapide historique pour rappeler où en était, à ce moment-là, le fonctionnement de la convention bucco-dentaire. En 1997, un premier dispositif de prévention bucco-dentaire avait visé les 15-18 ans. On s'était en effet aperçu que c'était un âge où il y avait un creux dans les consultations bucco-dentaires et que c'était donc là qu'il fallait impulser un recours au chirurgien-dentiste.

En 2003, le bilan bucco-dentaire a été étendu aux 13-14 ans. La convention arrivant à expiration, les négociations étaient en cours. Les partenaires se sont donc trouvés devant la nécessité d'intégrer les examens obligatoires de 6 et 12 ans. Ils ont

finalement décidé de mettre en place des actions incitatives vers des cibles prioritaires correspondant aux âges les plus vulnérables au risque carieux. La périodicité des examens, qui avaient lieu jusqu'à présent tous les ans de 13 à 18 ans, a été revue : un examen est prévu à 6 ans puis tous les trois ans, à 9, 12, 15 et 18 ans. Cela permettait d'intégrer les 6-12 ans et surtout de créer des rendez-vous réguliers pour donner l'habitude de consulter. Même si, comme Madame FOLLIGUET vient de le dire, 6 ans, c'est déjà tard, c'est quand même mieux qu'avant.

Ce dispositif s'appelle « M'T dents ». On peut apprécier ou pas ce libellé qui rappelle l'écriture SMS. On s'est en effet aperçu que la communication autour du bilan bucco-dentaire des 13-18 ans n'avait pas vraiment eu un impact extraordinaire, avec un taux de recours aux soins plafonnant à 17 %. Le but était donc d'essayer d'avoir un meilleur impact auprès des jeunes en adoptant un peu leur langage.

Les conseils qui sont donnés aux professionnels, qui, il faut l'espérer, vont recevoir beaucoup d'enfants dans leur cabinet, c'est de parler évidemment de l'éruption de la dent de 6 ans et d'insister sur le fait que les dents de lait se soignent. On rencontre en effet encore un certain nombre de professionnels qui disent de revenir les voir quand les dents de lait seront tombées car on ne les soigne pas. S'y ajoutent des conseils sur le brossage, sur l'éducation alimentaire et sur l'appréciation de la nécessité ou non de réaliser des scellements de sillons sur les dents de 6 ans en fonction du risque carieux de l'enfant. Ensuite, à 9, 12, 15 et 18 ans, les conseils sont adaptés à chaque âge.

Le service communication de la Caisse nationale a créé un label particulier, un visuel pour que cela rentre mieux dans les esprits. C'est une démarche publicitaire. C'est le label « M'T dents, c'est maintenant ». Le but est d'être plus proche, plus familier pour rendre l'enfant acteur de sa santé dès 6 ans. Une campagne média assez importante et répétée a été mise en place, vous l'avez peut-être déjà vue à la télévision, pour sensibiliser à la fois les jeunes et les parents. Les spots télévisés visent à lutter contre deux idées reçues. C'est d'abord la peur du dentiste car souvent, les enfants ne consultent que quand ils ont mal ou quand ils ont un traumatisme. L'idée est de dire qu'il ne faut pas attendre d'avoir mal ou d'avoir un problème pour consulter. On voit donc un casting de jeunes enfants qui ne savent pas simuler la douleur dentaire parce qu'ils ne l'ont jamais vécue. Il s'agit ensuite de lutter contre l'idée que les soins dentaires coûtent cher ce qui n'est pas vrai. Dans ce cas, ils sont pris en charge à 100 % et cela ne coûte donc rien aux parents. Pour les adolescents, le message est évidemment présenté sur un air de rap.

Une campagne de marketing direct complète le dispositif. Tous les jeunes des âges concernés reçoivent, dans le mois qui précède leur anniversaire, un courrier personnalisé les invitant à se rendre chez un chirurgien-dentiste de leur choix, en cabinet libéral, en centre de santé ou en centre de faculté, pour un examen gratuit sans avance des frais. Un dépliant assez attractif leur présente les arguments expliquant l'importance de répondre à cette invitation.

Une feuille de soins pré-identifiée est également fournie pour permettre leur remboursement. Un site Internet rassemble enfin les conseils et les informations pratiques sur tout le dispositif.

Les praticiens ont été particulièrement sensibilisés pour répondre favorablement aux enfants qui viendraient prendre rendez-vous chez eux. Il leur est rappelé, à chaque âge, le contenu de l'examen bucco-dentaire. Toute la partie administrative leur est expliquée pour le remboursement par la Sécurité sociale. Un poster leur est également fourni pour leur salle d'attente ainsi qu'un carnet de santé bucco-dentaire destiné à être intégré dans le carnet de santé de l'enfant. Ce carnet présente une rubrique par âge pour que le dentiste y appose son cachet. Pour les enfants de 6 et 12 ans, il doit aussi renseigner la rubrique bucco-dentaire du carnet de santé général. Les enfants qui ont actuellement 6 ans ont l'ancien carnet dans lequel cette rubrique est très limitée. Depuis janvier 2006, les nouveaux carnets de santé comportent une page entière à 6 ans et une page entière à 12 ans avec un schéma bucco-dentaire et des rubriques plus complètes à remplir. Il faut donc encore attendre quatre ans pour que les enfants de 6 ans disposent de ce carnet.

Le docteur FOLLIGUET a souligné le lien entre précarité et santé bucco-dentaire. Or, ce ne sont pas les enfants les plus défavorisés, et donc ceux qui en ont le plus besoin, qui ont recours aux dispositifs de prévention. La CNAM a donc décidé de mener des expérimentations sur quatre départements afin d'inciter, de sensibiliser et de trouver des moyens pour conduire ces enfants dans les cabinets dentaires. Ces expérimentations ont lieu dans le Val d'Oise, le Gard, le Nord et le Loiret. Le but est ensuite de modéliser ce qui aura été mis en place, en fonction des résultats, pour le diffuser à l'ensemble des départements. Il s'agit d'essayer de réussir ce qui ne l'a pas été et de permettre enfin aux populations défavorisées d'avoir un réel recours à ces examens de prévention et surtout aux soins qui sont pris en charge à 100 %.

Pour les enfants de 6 ans, l'objectif de la loi de Santé Publique d'août 2004 est de passer d'un CAO mixte de 1,7 en 2004 à 1.2 en 2008.. L'étude de l'UFSBD de 2006 révèle un CAO mixte à 1,37. D'autre part, l'objectif de l'OMS pour 2010 est de 90 % d'enfants de 6 ans sans caries. Il y a donc encore des progrès à faire puisqu'il n'y a actuellement que 63 % d'enfants de 6 ans sans caries.

Bien que le dispositif conventionnel ne débute qu'à 6 ans, c'est avant 6 ans qu'il faut agir. Les examens qui auront lieu à 6 ans vont être étudiés et exploités par les chirurgiens-dentistes conseils qui vont aller rechercher auprès des professionnels les données médicales et dentaires. J'espère que l'on pourra ainsi observer une évolution favorable de ces indicateurs à 6 ans, là où des dispositifs auront été mis en place préalablement, puisque ce n'est pas l'examen en lui-même qui permettra d'améliorer les choses.

Je vous ai dit que je vous présenterais aussi en quelques mots le programme régional de l'Ile-de-France qui s'appelle ARCADE, « Action Régionale Contre les Atteintes Dentaires des Enfants ». Il a été mis en place à la suite d'une étude qui s'est déroulée en 2000 et 2001. Il a réellement débuté en 2003. Il a pour objectif d'harmoniser tous les dispositifs sur l'Ile-de-France et de garantir la qualité des actions mises en place. Il est intégré au PRSP, Plan Régional de Santé Publique, puisque, pour pouvoir bénéficier d'un financement dans le cadre de ce plan régional, il faut être labellisé ARCADE.

Le dispositif ARCADE comporte trois labels. Deux d'entre eux visent à généraliser la prévention primaire sur les 0-5 ans. Le label I « Information » s'adresse aux futurs parents et aux parents de jeunes enfants. Le label IES intègre ensuite des notions

d'éducation à la santé en maternelle avec l'apprentissage du brossage, puis, en CP, avec la promotion de l'examen bucco-dentaire conventionnel. Le troisième label y ajoute le dépistage et s'adresse aux enfants de 7 ans qui sont à peu près en CE1. Il a été conçu comme une sorte de filet de rattrapage en milieu scolaire pour les enfants qui n'auraient pas répondu à l'invitation reçue par courrier, en particulier dans les zones de précarité.

Parmi les autres mesures du plan ministériel, je voulais quand même vous signaler les actions prévues pour les femmes enceintes avec une consultation prénatale au quatrième mois de grossesse et une consultation post-natale lorsque l'enfant a 6 mois. L'expérimentation est prévue dans trois départements et pour l'instant, elle n'a pas été concrétisée. Cela fait partie des projets et il faut espérer que le changement de gouvernement ne fera pas tomber à l'eau ce plan qui avait été annoncé par Xavier BERTRAND.

Sur les enfants de 4 ans, un projet est concrétisé. Il vise à l'éducation à la santé et au dépistage en moyenne section d'école maternelle dans trois départements expérimentaux : la Corrèze, le Gard et la Sarthe. Un cahier des charges a été rédigé par un groupe composé de personnes de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Direction générale de la santé et de la Direction de la sécurité sociale. L'appel d'offres a été publié. La mesure a été confiée à l'Agence de Santé Dentaire et elle doit normalement débiter à la prochaine rentrée scolaire. Le but est là aussi de pouvoir modéliser les expérimentations pour les étendre à la France entière. Je ne parlerai pas des autres mesures qui vont bien au-delà des tranches d'âge qui nous intéressent aujourd'hui. Je vous remercie de votre attention.

*(Applaudissements).*



## ENJEUX SOCIO-CULTURELS EN SANTE : L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE

---

### **Madame MABE – Anthropologue**

J'ai écouté attentivement ce qui s'est dit jusqu'à maintenant car, venant des sciences humaines et n'étant pas une spécialiste bucco-dentaire, je craignais de ne pas être dans le créneau. Le but de mon intervention doit être d'élargir le sujet, notamment par rapport à la santé, à la culture et à la prévention. J'ai donc noté un certain nombre de choses qui vont dans le sens du schéma d'intervention que j'avais prévu.

Il a été notamment question de créer et de faire adopter des comportements de prévention. Mon objectif est d'essayer de donner quelques pistes pour expliquer pourquoi ce comportement de prévention ne va pas du tout de soi et quels peuvent être les freins, les conditions ou les non-conditions réalisées qui font que ce comportement n'est pas adopté.

Il a également été évoqué la nécessité de faciliter l'accès à la prévention en ouvrant un certain nombre de lieux. La question est donc de savoir si l'ouverture de ces lieux suffit à ce qu'ils soient investies par les populations visées. C'est la même chose pour la gratuité ou le remboursement des soins. Même si c'est une aide, souvent, cela ne suffit malheureusement pas à faire venir les familles que l'on voudrait voir.

Il a été aussi question de besoins qui ressortaient notamment de données épidémiologiques. Dans ces cas-là, je me demande toujours par qui ces besoins sont ressentis et exprimés. Nous aurons peut-être le temps d'en parler un peu.

Il a été enfin question de l'adaptation des messages transmis et des moyens pour favoriser leur diffusion et leur réception. Je me suis donc demandé si nous-mêmes, nous écoutons les messages que nous recevons. Je vais très vite, cela peut paraître un peu provocateur mais ce n'est pas du tout le but. Le fait de ne pas attendre d'avoir mal pour consulter a également été évoqué et c'est une des choses dont j'avais justement l'intention de parler.

Ce qui ressortait clairement, c'est qu'il était question de projets en direction d'enfants, de familles dites défavorisées, vulnérables, fragilisées, à risque élevé ou en difficultés et c'est bien de cela dont je vais essayer de parler. L'idée n'est pas neuve, cela a été dit à plusieurs reprises, on voit bien qu'il y a un lien entre la précarité et l'état de santé. Cette idée me semble très importante avant d'axer mon propos sur la culture au sens large qui est mon domaine.

Le culturel ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt. L'hypertrophie du culturel est dangereuse. Les anthropologues parlent souvent des « subcultures », c'est-à-dire des sous-groupes culturels qui existent au sein de la culture globale. Il y a ainsi, par exemple, une culture des milieux défavorisés. On parle de « subculture » pour éviter le mot « sous » qui pourrait être très ambigu et hiérarchisant, ce qui n'est pas le cas. La culture est ce qui nous permet de nous adapter à certaines conditions de vie mais c'est aussi quelque chose qui est fortement structuré par les conditions de vie.

Le contexte objectif de vie, les environnements sociaux et les environnements tout courts (le logement, l'atmosphère de travail...) conditionnent les modes de vie. Les modes de vie, les styles de vie, les habitudes de vie, c'est ce qu'on a appelé à plusieurs reprises les attitudes, les comportements, les usages. On peut donc émettre l'hypothèse qu'améliorer les environnements, réduire les inégalités à ce niveau, améliorer le statut socio-économique des personnes en difficultés pourrait améliorer aussi leur santé.

Il est important de souligner le lien entre la santé et le fait d'être dans une situation que vous avez appelée fragile, en difficultés, à risque ou défavorisée. Il y a un lien entre le fait d'être dans une situation extrêmement précaire (chômeur, RMIste, sans papier, hébergé chez quelqu'un...) et le sentiment de contrôle sur sa vie. Plus on a le sentiment d'avoir prise sur sa vie, ce qui n'est pas le cas en général quand on est en situation précaire, plus on a le sentiment d'avoir une maîtrise sur ces conditions, plus cela favorise un meilleur état de santé et plus on a de chances de voir les gens adopter des comportements de prévention.

On peut aussi le dire autrement. Plus on est dans une situation précaire et plus on vit au présent. C'est le quotidien qui est important, alors que prévenir suppose de penser à l'avenir. Plus on est précaire, moins on se projette dans l'avenir. La privation d'un certain nombre de choses, leur déficit dû à la précarité n'entraînent pas à la prévention mais, au contraire, à une culture où va prédominer la notion du plaisir immédiat, la notion du « c'est toujours ça de pris ». Pendant la guerre, on disait « c'est toujours ça que les Allemands n'auront pas » car on ne savait pas de quoi demain serait fait. Le plaisir immédiat, c'est l'art de profiter des petits riens de la vie, des courts bons moments de la vie, comme le fait de faire un bon repas le jour où l'on touche son RMI ou d'acheter des bonbons à ses enfants. Cette question se pose souvent dans les stages de formation des conseillers en éducation sociale et familiale qui sont chargés de faire des budgets. On voudrait toujours penser que moins les gens ont de moyens budgétaires, plus ils vont compter. S'ils ont 300 € pour 30 jours, cela fait 10 € par jour. Mais, en fait, ils vont préférer bien vivre pendant quelques jours car, de toute façon, ils savent qu'avec 300 €, ils n'arriveront pas à la fin du mois, alors autant se permettre des petits plaisirs. Pour faire de la prévention ou de la prospective, il faut avoir déjà un certain niveau. La notion des extras fait partie de la culture des gens défavorisés. Ils ont donc des difficultés à s'investir dans des comportements dits de prévention puisqu'ils ne savent pas si cet investissement sera rentable. Quand on vit au jour le jour, on ne se projette pas à trois ans ou dix ans et parfois, on ne se projette qu'au lendemain.

Dans ces milieux, on va aussi retrouver souvent l'idée de foi dans le destin. Dans les familles arabo-musulmanes, on parle du « mektoub ». La notion de chance revient aussi souvent, par exemple chez les gens du voyage, ainsi que la débrouillardise. Ce sont là des choses importantes au quotidien sur lesquelles on investit.

La précarité entraîne paradoxalement le développement d'une faculté de résistance, notamment par rapport à la maladie, mais aussi souvent un découragement lié à un sentiment d'impuissance. Ce sentiment d'impuissance neutralise la capacité à envisager des projets, même ceux qui nous paraissent simples lorsque l'on n'est pas dans la même situation. Il faudrait aussi évoquer les questions relationnelles. Le désir de reconnaissance et d'utilité sociale joue également un rôle important.

Les gens peuvent avoir le sentiment de ne pas être reconnus, voire d'être stigmatisés. La conscience aiguë de subir une injustice explique parfois des discours qui nous paraissent un peu paranoïaques si l'on ne prend pas en compte le quotidien des gens.

Quoi qu'on en dise, le recours à l'assistance, le fait d'être assisté est toujours vécu comme une dépendance contraire à la dignité. On avale la couleuvre, on met son mouchoir par-dessus. C'est une question que j'évoque souvent avec les personnes qui travaillent dans les épiceries sociales. Il est difficile de comprendre pourquoi les gens n'acceptent pas forcément ce qui leur est donné. Cela renvoie à l'idée que le pauvre ne peut pas choisir, ne peut pas ne pas aimer quelque chose. Or, selon moi, plus on est dépendant, plus on refoule sa colère, plus cela peut rendre agressif. On ne peut pas être reconnaissant quand on est toujours dépendant. Dans la vie, on ne fonctionne pas comme ça, on fonctionne sur le don et le contre-don différé et sur une certaine parité dans les relations.

Il faut également évoquer la question de l'estime de soi. La maîtrise de sa vie et l'estime de soi favorisent la bonne santé. C'est toute la question des personnes qui ont le sentiment de vivre une vie « en deçà », d'être stigmatisées, de subir des préjugés, de vivre une remise en question de leurs valeurs. Par exemple, le fait d'avoir plusieurs épouses et une famille nombreuse est un élément de prestige dans de nombreuses sociétés traditionnelles, africaines ou autres et est de l'ordre du statut social. Ici, l'environnement est inversé. Cela est très déstabilisant puisque ce qui valorise dans la communauté d'origine est ici stigmatisé.

Les personnes transplantées subissent aussi un manque de reconnaissance. Par exemple, les demandeurs d'asile qui ont eu des postes importants dans leur pays, des postes à responsabilités, peuvent ne pas retrouver l'équivalent ici. Soit ils ne retrouvent pas d'emploi, soit ils ont des emplois qui leur paraissent subalternes. Cette notion de déclassement peut donc engendrer une grande détresse psychosociale.

Le fait de penser que l'on ne compte plus pour telle ou telle raison dans la société amène souvent à penser que l'on ne vaut rien ou pas grand-chose. Cela va aussi de paire avec un fort sentiment de honte qui se manifeste souvent par des conduites d'évitement. Quand on a honte, on ne se présente pas, on ne recherche pas le contact, on ne va pas se mettre dans des situations où le contact, par exemple avec des professionnels, risque de mettre en exergue des difficultés d'existence que l'on ne connaît déjà que trop. On va appuyer là où ça fait mal. On va vous dire ce qu'il faudrait faire et des choses que, souvent, vous savez, sauf que vous ne maîtrisez pas la situation. Il y a donc souvent une mise à distance pour se protéger et protéger son équilibre. Si cette attitude d'évitement se prolonge, elle risque de renforcer l'exclusion, de barrer la route à la communication et de précipiter la personne dans une solitude encore plus désespérante. A la disqualification sociale s'ajoutera donc le vide affectif. A ce propos, concernant les personnes transplantées, on n'a souvent pas idée de la façon dont on vit ailleurs en termes de relations familiales, sociales, de modes de sociabilité, de relations aux autres. On ne peut donc pas se rendre vraiment compte de ce que représente la transplantation en matière d'isolement et de solitude pour un certain nombre de personnes.

N'y voyez aucune critique politique mais il faut préciser que le regroupement familial en France est fait selon nos critères de la famille nucléaire qui ne correspondent pas à la notion de famille dans de nombreuses régions du monde où la famille représente plutôt le groupe domestique. Quand je suis simplement avec ma femme et les enfants que j'ai engendrés avec elle, ce n'est pas vivre en famille, c'est être un électron libre qui se sent souvent perdu. Je travaille dans les foyers de travailleurs migrants. Certains ont 65 ans et plus parfois. Quand ils vous expliquent les premières années de leur vie en France, ils pleurent car pendant quarante ans, ils n'ont pas osé pleurer parce qu'ils étaient des hommes et qu'un homme ne pleure pas. Les femmes s'en ouvrent parfois plus facilement mais quand ces personnes racontent leurs premières années, c'est la solitude qui revient toujours et le froid. Cela me rappelle une dame qui me disait qu'elle s'adaptait bien, qu'elle connaissait tout, qu'elle arrivait à se repérer mais qui, en changeant d'expression, avait précisé que si elle connaissait les rues, elle ne connaissait pas pour autant les gens. Il y a donc des idées transversales aux cultures mais aussi des aspects spécifiques à la transplantation.

La mésestime de soi explique souvent un certain nombre de choses par rapport à la relation au corps et notamment certaines conduites à risques ou prises de risques. Paradoxalement, c'est se sentir vivant que de mettre sa vie en jeu, c'est une manière de se réassurer quant à son existence. Concernant le rapport au corps et à la douleur, il faut évoquer la question de la virilité dont la définition est très différente selon les milieux sociaux et les endroits du monde. On peut observer, dans certains milieux, une tendance à pousser le corps aux limites de sa résistance, parfois jusqu'au virilisme, en outrepassant la notion de virilité. Quand vous n'arrivez pas à réunir les conditions qui, dans votre système de valeurs, vous permettent d'être un homme (avoir un statut, être chef de famille, entretenir sa femme, ses enfants...), il peut y avoir ces dérives vers le virilisme. On va alors chercher à être viril d'une autre façon et, notamment souvent, en engageant le corps dans des choses violentes, dans des choses de force, jusqu'à ce qu'éventuellement, il craque.

Dans certains milieux aussi, on ne doit pas s'écouter, cela fait partie du système de valeurs. Il faut tenir le coup car c'est une preuve de force de caractère. Il ne faut pas être celui qui se plaint, celui qui court tout de suite se faire soigner pour des petites choses. Les gens diront que s'écouter, c'est bon pour les intellectuels et qu'il faut avoir le temps. Certaines cultures montrent cependant des exemples inverses.

Il faut citer également les réticences vis-à-vis des thérapies de type psychologique. Certains milieux vont ressentir la crainte de la stigmatisation et le refus d'être étiqueté. Le fait d'aller consulter un « psy », quel qu'il soit, va être vu comme la reconnaissance de l'énormité d'un problème. S'y ajoute aussi la crainte que le remède soit pire que le mal avec, derrière, tout l'imaginaire sur le psychiatre fou, délirant représenté dans certains films. Je ne prends pas ça à mon compte, je dis seulement ce que disent les gens car c'est le rôle de l'ethnologue que de rapporter les paroles des autres. On peut avoir peur que cela risque plus de détruire les choses que de les arranger. On dit aussi que parler n'est pas suffisant, que c'est quand même à soi de trouver la solution, surtout dans le type de thérapie où l'on parle mais où l'autre ne parle pas. Lorsqu'il s'agit des enfants, les parents redoutent aussi d'être stigmatisés, d'être la cible des professionnels qui vont dire qu'ils n'ont pas su les éduquer.

En revanche, les médicaments de type psychotropes sont couramment utilisés, en minimisant leur qualité de stupéfiants. Ils sont considérés comme susceptibles de donner un coup de pouce au même titre que les vitamines. Ils sont évoqués en termes de « calmants », de « tranquillisants ». Ils sont pris pour dormir mais, en même temps, on leur reproche d'assommer ou de ramollir. On a peur aussi qu'ils transforment la personnalité.

Admettre, reconnaître la souffrance psychique est difficile car cela entraîne une dévalorisation sociale accrue et un discrédit moral. L'entourage risquerait de conclure à une faiblesse de la personnalité, à une marque de déficience personnelle. On considère qu'il vaut donc mieux surmonter cela soi-même.

S'agissant de l'attitude par rapport à la douleur, si vous avez été élevé dans un milieu qui considère que l'on ne doit pas s'écouter, si vous avez intériorisé ce type de valeurs, vous allez avoir un seuil de résistance à la douleur très différent. Parmi les gens du voyage, certaines personnes peuvent être très dures à la douleur dans certains cas. Dans d'autres cas en revanche, notamment quand il s'agit des enfants, une valeur importante va prédominer : la notion de sollicitude. On considère alors qu'il n'y a aucune honte à solliciter les autres quand on a besoin d'eux. On s'attend aussi à être sollicité par les autres et à leur répondre avec sollicitude. Il y a donc des milieux où il est malséant de parler de la douleur et d'autres, au contraire, où l'on peut très bien l'exprimer. Dans certains milieux culturels, le fait de ne pas exprimer sa douleur quand on souffre est même perçu, par l'entourage familial notamment, comme un comportement agressif. Quelqu'un qui garde sa douleur pour lui commet une forme d'agression vis-à-vis de son entourage puisqu'il le prive de la possibilité de donner de la sollicitude. Je pense à certains milieux méditerranéens et à certaines familles juives par exemple. Culturellement, on n'est donc pas formaté de la même façon. Ce n'est pas dans les gènes, c'est transmis par la culture.

Le rapport et la relation au corps vont aussi dépendre de la subculture selon que l'on est dans un milieu où le corps est glorifié, exhibé ou au contraire occulté, notamment quand on a été élevé avec l'idée d'un certain mépris pour le corps en tant que matière. Est-on censé domestiquer son corps, le faire taire ou, au contraire, le laisser parler ? Ces questions vont conditionner un certain nombre de choses.

Il faut également évoquer les représentations du corps. C'est un chapitre très important quand on parle de prévention. On comprend les messages en fonction des représentations que l'on a du corps en termes anatomiques, physiologiques. Ce que l'on ne comprend pas a du sens. En effet, si l'on dit quelque chose en partant de soi, de sa culture professionnelle, nationale, de sa propre subculture, de son milieu social, on communique des messages d'après soi alors qu'un message n'est toujours reçu que sur le mode de celui qui le reçoit. Celui qui émet le message ne compte pas. Un message n'est pas reçu de la même façon qu'il est émis car on le reçoit par rapport à ce que l'on est, à son background culturel, à ses expériences de vie. La notion de pré-requis est ici très importante.

Je donne souvent l'exemple suivant. Une femme passe une échographie, le médecin lui explique de nombreuses choses, comme le veut l'objectif d'humanisation des hôpitaux. Tout d'un coup, le futur papa dit : « c'est sale par où il passe l'enfant » puis « c'est tout mélangé là-dedans ».

Ce n'est donc pas la peine de lui expliquer ce qu'il peut voir puisqu'il ne voit rien. Il faut d'abord évaluer ses pré-requis. Avant de lui parler, il faut savoir sur quoi l'informer. Si je lui raconte le cinquième épisode d'un feuilleton alors qu'il n'a pas vu les quatre premiers, cela ne sert à rien. Il ne peut pas assimiler l'information. Comme disait une de mes collègues, le pire n'est pas qu'il ne comprendra pas mais qu'il comprendra toujours quelque chose et que l'on ne sait pas quoi. Là est la véritable difficulté. On lui parle du fœtus alors qu'il n'a même pas idée que le fœtus est dans une poche. Il n'a aucune notion de l'anatomie de la cavité abdominale. Il a des connaissances pragmatiques. Ce n'est pas quelqu'un qui ne sait rien, ce n'est pas un ignare. C'est un homme peut-être analphabète, qui n'a pas été scolarisé, qui n'a pas ouvert de livres de sciences, ni suivi de cours de sciences naturelles parce qu'il n'est pas allé à l'école ou qu'il y est allé très peu. Il a des connaissances qui sont liées à sa vie. Il sait que de « là-dedans », il sort beaucoup de choses : l'urine, les selles, le sang, le sperme, les gaz... Il sait que tout cela vient de « là-dedans » mais on ne lui a jamais appris par où cela passait, qu'il y avait des appareils différents, que cela ne communiquait pas. Cela n'est donc pas la peine de lui faire des discours sur les détails du fœtus. En lui parlant en plus de liquide amniotique, on en rajoute. Il comprend quelque chose mais on ne sait pas quoi. Cela se surajoute aux représentations qu'il a ou qu'il n'a pas. Les représentations du corps sont donc très importantes, non seulement dans notre propre société mais aussi quand on a affaire à des gens d'autres sociétés. Ceux qui ont été scolarisés partagent les mêmes représentations que nous, celles de l'école et de la biomédecine mais ce sont toutes les représentations culturelles du corps qu'il faut prendre en compte.

Il est difficile pour moi de parler en une demi-heure de sujets aussi vastes. Il faut aussi évoquer la question de la représentation globale de la santé et de la maladie. Dans les milieux défavorisés ou même dans la culture populaire, la santé est perçue comme quelque chose d'utilitaire. La bonne santé est ce qui permet de vivre au quotidien, de faire ce que l'on a à faire, de satisfaire ses besoins primaires, élémentaires, fondamentaux. Elle n'est pas valorisée pour elle-même. Je suis aussi formatrice, notamment auprès de professionnels de la santé. C'est une réflexion de professionnels de santé de penser que c'est la valeur qui passe avant tout. Quand on est professionnel de santé, c'est normal. Or, la santé ne passe pas avant tout pour beaucoup de gens, même quand ils vous disent que c'est le principal. En pratique, cela ne se passe pas de cette façon. La santé n'est pas la valeur par excellence. Elle n'a de valeur que parce qu'elle permet autre chose. C'est un moyen et non une fin. La perception de la santé est de nature fonctionnelle. En revanche, dans d'autres classes sociales, être en bonne forme, avoir la santé a un côté ostentatoire, c'est un capital symbolique. Se faire blanchir les dents, comme toutes les vedettes de la télévision, ce n'est pas seulement pour des raisons de santé. Avoir de belles dents s'inscrit aussi dans une notion d'esthétique, de paraître qui dit quelque chose de votre statut.

Si l'on avait plus de temps, il faudrait parler également de la question du modèle culturel de la maladie selon lequel on éprouve la maladie et ses symptômes. Selon les subcultures, il n'y a aucune évidence sur ce qui est perçu comme pathologique ou non. Or, c'est le patient qui fait son premier diagnostic et c'est ce diagnostic qui l'amène ou non à consulter ou à faire de l'automédication avant d'aller voir l'homme de l'art. Dans toutes les cultures, le patient distingue les « bobos » et les choses sérieuses.

Or, ce que le patient appelle un « bobo » n'en est pas forcément un pour le professionnel et inversement. On entend souvent parler de l'encombrement des urgences mais la bonne question est de savoir pourquoi les gens sont aux urgences. C'est parce qu'ils estiment, de leur point de vue, qu'il y a urgence. La bonne question pour un anthropologue n'est pas de savoir pourquoi les gens ne font pas ce qu'on leur dit de faire, c'est de savoir pourquoi ils font ce qu'ils font. Quand on l'a compris, on commence à pouvoir négocier des entre-deux, à pouvoir bâtir des choses. Si l'on part du principe que ce que fait l'autre n'a pas de sens, est insensé, si on ne lui prête aucune réflexion sur sa condition, aucun savoir, aucun savoir-faire, on risque de passer à côté. C'est bien pour cela que l'on se croise parfois. On ouvre des structures mais les gens ne les fréquentent pas, on propose des programmes mais ils ne les intéressent pas, ils nous disent des choses mais on ne les entend pas et réciproquement.

Je signale aussi par rapport aux structures, notamment en matière bucco-dentaire, que pour les gens transplantés, il faut se demander quelle est leur région d'origine et de quelle couverture sanitaire ils bénéficiaient. Il ne faut pas croire qu'il y a des cabinets bucco-dentaires à tous les coins de rue. On va avoir des représentations différentes du cabinet bucco-dentaire selon que l'on vient de la ville, d'une catégorie favorisée ou d'un village de brousse. Il n'est pas évident d'aller dans une structure que l'on ne se représente même pas parce qu'on ne l'a jamais fréquentée de sa vie. C'est la même chose lorsqu'on se la représente à partir de celles que l'on a déjà fréquentées. Je suis entrée un jour dans un hôpital d'une grande ville de Chine parce que je m'étais cassé une dent. Mon gros souci n'a pas été qu'on me fasse quelque chose mais qu'on ne me fasse rien. Les professionnels étaient charmants, ils se mettaient en quatre et j'étais très gênée. Il y avait heureusement le guide car je ne parlais pas le chinois. Je lui ai expliqué que pour telle ou telle raison, je préférais qu'ils ne touchent à rien. En effet, j'avais tout de suite compris la situation en voyant leur siège. Je n'avais vu cela que dans des films du début du siècle. Ils faisaient ce qu'ils pouvaient avec ce qu'ils avaient. Même le scialytique était un fil auquel pendait une ampoule.

C'est pareil dans l'autre sens. J'ai travaillé notamment avec des mères africaines et turques. Même si elles ont déjà eu plusieurs enfants dans leur pays, elles sont souvent effrayées par le monitoring, la lumière et elles s'inquiètent de ce qui est fait à l'enfant juste après la naissance. Il faut donc toujours se demander pour quelles raisons, de leur point de vue, les usagers potentiels ne viennent pas ou ne comprennent pas.

Il faut aussi penser à ce que l'on appelle les modèles étiologiques, à la façon dont on s'explique l'origine des maladies. Dans la culture arabe, on dit parfois d'un enfant handicapé qu'il est « medjnoun », c'est-à-dire pris par les « djnouns », les « génies ». C'est donc une affaire de thérapeute spécialiste des « djnouns ». Cela va de soi. C'est comme chez nous. Si vous avez mal aux dents, vous n'allez pas voir le psychiatre. C'est la même chose en matière de prévention.

J'ai demandé un jour à une femme turque qui sortait d'une consultation dans une PMI, de me raconter ce que lui avait dit le médecin. Souvent, dans ce cas, on me répond que l'on n'a rien compris. Là, elle m'a dit que si son enfant avait la diarrhée au retour de son pays, c'était parce qu'il y avait « du microbe dans l'eau ». Elle a ajouté : « je veux bien croire ce que dit le docteur mais je crois que cela a aussi

quelque chose à voir avec l'œil », c'est-à-dire avec ce que nous appelons le « mauvais œil ». Elle articule donc deux conceptions. Elle explique qu'elle veut bien intégrer la notion du microbe mais elle a besoin d'y ajouter une autre conception car cette réponse ne donne pas, pour elle, de sens à l'événement. Le « microbe dans l'eau » explique la cause, indique comment l'enfant est devenu malade mais cela n'explique pas pourquoi c'est son propre enfant qui est tombé malade à ce moment-là, ce qui représente un autre niveau d'interrogation du patient. L'« œil » lui permet d'expliquer cela et d'accepter le microbe. Si le but recherché est de faire venir les gens que l'on veut faire venir, de les fidéliser, de créer une relation de confiance, on n'est pas obligé d'être d'accord mais on peut établir des compromis qui ne sont pas pour autant des compromissions. C'est la différence entre la tolérance et la complaisance. On peut parler de l'excision en étant tolérant. Cela ne veut pas dire qu'on est complaisant vis-à-vis de cette pratique. Ces sujets pourraient être beaucoup plus approfondis mais je suis obligée d'arrêter. En sciences humaines, on ne sait pas faire court. La complexité se prête mal à la synthèse.

*(Applaudissements).*

### **Une intervenante dans la salle**

Bonjour, j'aurais aimé savoir si dans certaines civilisations, les dents avaient une signification particulière.

### **Madame MABE**

Quand Madame ADAM m'a contactée, je lui ai dit que je ne connaissais rien au domaine bucco-dentaire, y compris dans son lien avec la culture. Je peux vous parler du rapport entre la culture et la maternité, les funérailles, l'alimentation mais je connais moins le lien entre les dents et la culture. On peut quand même souligner un aspect qui est transversal aux cultures. L'apparition des dents est toujours considérée comme un moment important dans la construction de l'enfant. J'irai jusqu'à dire que c'est à ce moment que l'on considère que l'enfant est « fini ». Il y a des équivalents ailleurs mais je vais vous donner un exemple africain car c'est le domaine que je connais le mieux. Dans certaines régions, le bébé à la naissance est appelé un « bébé eau ». Il est perçu comme un bébé humide, un bébé mou. On trouve notamment cette idée dans des cultures sahéliennes où les femmes sont souvent potières. On considère que la gestation in utero se prolonge par une phase de gestation *ex utero*, que la gestation continue après la naissance car l'enfant n'est pas « fini ». C'est d'ailleurs le propre du petit d'homme de mettre plusieurs années à se « finir ». Cela a bien été repéré dans ces cultures. Il faut que le « bébé eau » s'assèche. On compare parfois la gestation à une cuisson, comme une poterie, comme de l'argile que l'on cuit.

C'est en effet ce que font les potiers. Ils font cuire quelque chose qui est plein d'eau jusqu'à ce que cela s'assèche et devienne dur. Dans de nombreuses cultures, l'enfant « fini » est celui qui est devenu « dur », dont la fontanelle est fermée, dont les dents sortent, qui commence à marcher et à tenir sur ses jambes. L'apparition des dents est donc un stade important de « finition ». On passe ensuite à autre chose. D'ailleurs, le mot utilisé pour le désigner n'est pas le même. Notre langue, qui se veut pourtant une langue riche, n'a pas beaucoup de mots dans ce cas : on parle du bébé, du nourrisson, du petit enfant. Dans de nombreuses langues africaines, les



mots utilisés changent quasiment tous les ans entre la naissance et l'âge de l'initiation traditionnelle, soit 8 ou 10 ans. Plusieurs termes vont exister pour désigner l'enfant en fonction de ses stades de développement psychomoteur, de maturation, de compétences acquises. Malheureusement, je ne peux guère vous en dire plus.

### **Une intervenante dans la salle**

Que nous conseilleriez-vous de lire pour aller plus loin sur ces sujets ?

### **Madame MABE**

Ma perplexité vient de l'abondance et non de la pénurie. Cela dépend de l'entrée qui vous intéresse. Honnêtement, on ne trouvera pas grand-chose sur le thème du lien entre dents et culture. En revanche, sur le rapport « petite enfance et culture », il y a énormément d'ouvrages sur la grossesse, l'accouchement, le maternage. C'est un domaine de prédilection pour de nombreux anthropologues. Vous pouvez consulter le site ou vous rendre aux éditions L'Harmattan, rue des Ecoles. Quand on vient du côté du boulevard Saint-Michel, elles sont situées avant le croisement de la rue Monge. L'Harmattan, c'est d'ailleurs le nom d'un vent qui souffle en Afrique, les gens disent que c'est celui qui amène la rougeole. Il y a deux librairies face à face. A gauche, en regardant la faculté de Jussieu, il y a tout ce qui concerne les pays du monde et notamment la santé avec une collection en ethnomédecine. De l'autre côté de la rue, vous trouverez plutôt ce qui touche à l'immigration. On peut aussi citer les éditions Karthala qui sont situées boulevard Arago à l'angle de la rue Pascal. On y trouve notamment un certain nombre de livres sur la prévention du sida dans différents pays comme Haïti, la Côte d'Ivoire ou l'Inde.

## INTRODUCTION AUX ATELIERS

### REFLEXIONS SUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ENFANTS PRESENTANT DES CARIES PRECOCES EN SERVICE HOSPITALIER

**Professeur Maryse WOLIKOW – UFR d'Odontologie – Paris V. Doris Vasconcellos Psychologue - MCU – Institut de Psychologie Paris V**

Je vais vous présenter une introduction aux discussions qui auront lieu cet après-midi dans les ateliers, à partir de mon expérience d'une trentaine d'années en pratique hospitalière. Je vais vous évoquer un certain nombre de pistes de réflexion concernant les enjeux de la relation thérapeutique, à la fois au niveau du soin et de la prévention.

Je parlerai plus particulièrement de la pathologie carieuse qui nous pose d'énormes difficultés avec les caries précoces du jeune enfant. Les choses se passent très tôt.. Les atteintes sont très particulières et présentent une forme clinique caractérisée par la rapidité et la sévérité. La prise en charge est de deux ordres. C'est d'abord le recours à des soins spécifiques. Nous en parlerons d'une certaine façon cet après-midi dans l'atelier concernant les structures et les recours aux soins. Je voudrais ensuite insister sur la notion d'accompagnement des familles dans les soins et dans le parcours de prévention pour favoriser l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et les modifications comportementales.

Dans ces stratégies, qu'elles concernent le soin ou la prévention, se joue, dans tous les cas, une relation interpersonnelle. Il s'agit là de la « scène thérapeutique ». Ce ne sont pas simplement les gestes cliniques, c'est tout ce qui se joue entre les intervenants autour du soin et du corps. Lors de la première rencontre et des suivantes, il y a bien sûr des informations objectives, scientifiques qui sont données. Mais il faut aussi tenir compte des éléments sensoriels intuitifs, c'est-à-dire de tous les transferts d'informations liés au corps, au regard, à l'attitude vis-à-vis de l'interlocuteur. Dans cette relation de soin, de prévention, il est très important que les différentes informations soient en cohérence pour pouvoir construire la confiance mutuelle nécessaire. Cette « alliance thérapeutique » fait référence à la notion freudienne de niveau inconscient des échanges. De façon pragmatique, c'est à une notion plus concrète, issue de l'analyse transactionnelle, que l'on peut ici se référer.

Le schéma de relation fait appel pour tous les acteurs, c'est-à-dire pour les praticiens, les intervenants de santé et les patients, aux trois niveaux d'organisation psychique. Cette façon de parler est un peu schématique mais elle peut avoir un intérêt pour les professionnels dans la façon dont ils abordent la relation. Il y a d'abord le niveau « adulte » qui est le niveau délibéré, conscient, celui de l'information, de la connaissance. Puis, il y a le niveau « parent » avec l'autorité, le pouvoir mais aussi la bienveillance, la protection., l'intransigeance la domination se retrouvent aussi à ce niveau.

Il y a enfin le niveau « enfant », celui d'une tendance régressive, d'un besoin affectif, surtout dans des périodes de détresse et quand on touche au corps, à la douleur, à la souffrance. Ces niveaux psychiques vont parcourir le patient comme le praticien. Dans la relation que nous mettons en jeu, il y a une asymétrie de fond qui est ontologiquement présente. Elle est nécessaire mais elle est en même temps préjudiciable.

Le praticien, comme les autres professionnels de santé, est là pour accueillir la souffrance, pour tenter d'y remédier. C'est fondamentalement son engagement. Il a un pouvoir du fait de ses connaissances, de sa qualité professionnelle, de son statut social. Ce pouvoir est nécessaire. Il est indispensable et nous donne aussi toute notre qualification. Mais, c'est notre niveau « adulte parent » qui est en jeu et il faut faire attention à ne pas en abuser. C'est la qualité de notre écoute et de notre position d'accueil qui pourrait être menacée si nous utilisons trop cette fonction de pouvoir sur notre patient.

Le patient, quant à lui, est là à son corps défendant, soit parce qu'il a eu mal, soit parce qu'un bilan bucco-dentaire lui a été recommandé. Il est de surcroît dans un espace plutôt inquiétant et il est lui-même plus ou moins anxieux. Son niveau « moi adulte », sa capacité à être « moi adulte », à pouvoir décider, à savoir ce qu'il faut, sont entravés par le « moi enfant ». Il est dans une position de régression potentielle du fait de la maladie, de la blessure du corps. Il faut toujours garder cela présent à l'esprit. La responsabilité du praticien est importante. Il va devoir jouer cette partition pour que le patient soit acteur de sa santé et qu'il puisse s'engager au maximum comme adulte. Nous avons vu toutes les difficultés culturelles et sociales qui sont en jeu. Cette notion d'adhésion s'oppose à la simple compliance. Nous ne pourrions pas faire des progrès suffisants en termes de stratégies comportementales, de participation au changement pour la santé, en restant à ce niveau de compliance. Il y a toujours cette notion de double position. Il faut se servir de cette position régressive, la reconnaître, admettre que le patient est dans cet état-là puis, travailler avec lui sur sa possibilité de faire des choix délibérés pour sa santé. Il faut tenir compte de là où il est et non pas de là où l'on veut qu'il soit. Là où il est, c'est aussi ce que l'on appelle le « lieu de contrôle », le « locus of control » chez les Anglo-Saxons. C'est sa capacité à se représenter ce qu'il peut faire, sa croyance qu'il peut être acteur de sa vie ou pas, sa capacité à mettre en place des décisions, à faire des efforts. Si le patient a un contrôle interne, il peut aussi être confronté à de fortes anxiétés, à une peur de l'échec et de l'image sociale. Si le patient présente un contrôle externe, soumis au destin, à la fatalité, il faudra tenir compte de sa façon de se représenter les choses.

Dans cette forme de caries précoces qui a été évoquée tout à l'heure, je voudrais insister sur la présence de facteurs comportementaux et sur les interactions mère-enfant comme facteurs de risques. Ils sont de plus en plus étudiés. Il s'agit de regarder de plus près ce qui peut, très tôt, constituer des points de repérage, en particulier, pendant la gestation, autour de la périnatalité, en accompagnant les femmes enceintes. Une étude préliminaire très intéressante menée est proposée par FREEMAN. Elle consiste à décrypter, parmi les populations touchées, les formes de maternage à hauts risques pour la santé bucco-dentaire de l'enfant, pour son sommeil ou pour d'autres aspects de sa santé.

Ont ainsi été identifiés les « maternages régressifs », les « maternages coupables », dans lesquels la mère se sent toujours coupable ou victime et les maternages dits de « facilité » qui ne supportent pas que des règles soient imposées.

Que faut-il absolument savoir apprendre dans cette démarche quand on est professionnel de santé ? Il faut, en regroupant des professionnels de compétences diverses, développer l'aptitude à susciter la confiance au travers d'une écoute active. Le patient doit avoir le droit de dire ses doutes, ses peurs, ses difficultés, ses attentes. C'est de notre capacité à avoir cette écoute active que va pouvoir naître une démarche de prévention. Je souhaite aussi souligner que ces situations cliniques difficiles, ces petits patients présentant ces troubles, sont en général dans des milieux familiaux, dans des relations mère-enfant caractérisées par une forte anxiété maternelle ou familiale et par des conduites d'évitement en termes de santé. Ce sont globalement des situations de maternage fragile, des mères peu sûres d'elles, peu « sécures », au sens de WINNICOTT. Dans notre attitude, notre démarche et nos protocoles de prévention, il faut donc absolument contextualiser, c'est-à-dire se centrer sur le patient, sur sa vie, sur ce qu'il fait et sur ce qu'il ressent. Il faut pour cela l'écouter, reconnaître qu'il y a du bon dans ses pratiques, pas seulement du négatif, savoir valoriser, reformuler et orienter, choisir des options de stratégies adaptées en procédant par étapes. Rendre du positif et ne pas culpabiliser sont les deux choses qui me paraissent capitales et fondamentales pour avancer avec ces populations et ces enfants sur ce problème. Bien sûr, les moyens sont insuffisants et les interventions sont trop tardives dans nos structures. Je conclurai donc en insistant sur la pluridisciplinarité qui est indispensable dans cette problématique de santé complexe et multifactorielle. Merci.

*(Applaudissements).*

## **BILAN D' ACTIONS DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE PAR DES STAGIAIRES HOSPITALIERS AUPRES DES MERES EN POST-PARTUM A LA MATERNITE JEAN ROSTAND – APHP**

### **Docteur Guillaume SAVARD – UFR d'Odontologie – Paris V**

Bonjour. Je vais être synthétique et vous présenter une action menée en maternité auprès des mères. En effet, il est évident de s'adresser à elles car elles nous renseignent sur leur enfant à venir et aussi sur la fratrie qui existe peut-être déjà. Des données ont précédemment été mentionnées par Madame Folliguet : le niveau d'éducation, les habitudes alimentaires, les indices carieux des mères. Ce sont en effet des indicateurs pronostics. Aller regarder chez la mère peut nous renseigner sur ce qui va se passer chez l'enfant. Une étude publiée en 2001 indique de plus que les mères sont particulièrement réceptives au cours de leur grossesse. Elles sont disponibles pour recevoir des informations du fait du contexte spécifique créé autour de la naissance qui est très bien encadrée médicalement en France. La mère est donc particulièrement réceptive aux messages de prévention, même si elle est très sollicitée. C'est donc le moment qui nous a semblé opportun pour faire passer un message de prévention bucco-dentaire.

La population visée était donc composée de femmes en suite de couche. Il s'agissait de leur proposer un examen bucco-dentaire, une information et des conseils. Cette action a été mise en place par une petite équipe très soudée et se poursuit depuis sept ans. Les intervenants sont les étudiants de sixième année de chirurgie dentaire dans le cadre de leur stage de santé publique.

Le déroulement est relativement simple : un examen bucco-dentaire, une information à la mère sur son état bucco-dentaire et des conseils pour elle et son enfant. Une brochure lui est également remise. Elle est distribuée systématiquement à toutes les mères. Elle indique ce qu'est la dent, ce qui peut se passer et elle donne des informations sur le recours aux soins et sur l'attitude à adopter en cas de traumatisme.

Je vous ai apporté les premiers résultats de cette année :

- l'âge moyen des mères est de 32 ans, avec un écart type de 4 ans et demi ;
- elles ne sont francophones reconnues qu'à 78 % ;
- 4 % d'entre elles vivent seules ;
- elles ont un nombre d'enfants par femme supérieur à la moyenne nationale ;
- leur dernière visite chez le chirurgien-dentiste ne respecte pas tout à fait les recommandations pieuses de la profession.

La compréhension de l'information donnée est évaluée par les étudiants. Elle est considérée comme satisfaisante à 80 %. L'information orale et l'information pratique de gestuelle sont données dans 90 % des cas. L'examen bucco-dentaire n'est en revanche réalisé que dans 44 % des cas, certaines mères l'ayant refusé. Je renvoie à ce propos aux remarques formulées par Madame Mabe.

Le profil des personnes concernées par cette action n'appartient pas aux catégories professionnelles supérieures. Ce sont des personnes à risques et c'est donc une population sur laquelle il est intéressant d'intervenir.

Afin d'avoir d'autres retours d'informations, nous avons également consulté les mémoires des étudiants. Les thèmes qui ressortent le plus souvent sont l'intérêt des mères et la satisfaction des étudiants eux-mêmes. Ils nous rapportent même la volonté de bien faire des mères. Certaines contraintes sont soulignées (les visites, la fatigue, les soins...). Sont enfin citées deux idées qui s'annulent l'une et l'autre : le bon contact du personnel et le peu de contact avec l'équipe.

De façon globale, que nous révèle cette action ? Elle est bien perçue par les étudiants et par les mères, malgré quelques difficultés de mise en place. Elles sont en effet très sollicitées et la période d'action est courte ; elle ne dure normalement que quelques jours. L'an prochain, sera mise en place une évaluation auprès des mères qui constituera la troisième phase de l'action. Cette évaluation permettra de savoir comment l'action et son contenu sont perçus et quel impact elle a sur les intentions de changements de comportements.

En synthèse, il faut souligner que cette action suppose des moyens très simples mais un peu rares puisqu'il faut disposer des étudiants nécessaires. Elle permet de fournir des éléments qui peuvent servir sur un plan pédagogique. Le contexte d'éducation, à savoir l'hospitalisation courte, est particulier mais intéressant. La limite est que l'action s'arrête à la porte de la maternité.

En conclusion, deux intérêts semblent primordiaux. D'abord, l'action permet, non pas d'annuler, mais de pallier certaines contraintes socio-économiques, notamment dans l'accès au dépistage et à l'information. Ensuite, les étudiants soulignent que la personne informée, .e.i. la mère, est celle qui est la plus impliquée dans la santé des familles en général. Elle pose d'ailleurs des questions qui concernent l'ensemble de la famille. C'est donc une personne stratégique.

Il serait intéressant d'articuler cette action avec un suivi longitudinal des comportements et des effets. Il serait aussi souhaitable pour l'enfant d'intégrer cette action verticalement, dans un cadre global de prévention, pour ne pas se cantonner au seul secteur bucco-dentaire, conformément aux recommandations de l'OMS et s'intéresser aux facteurs de risques qui peuvent être partagés avec un certain nombre de pathologies. Je vous remercie.

*(Applaudissements).*

## **PREVENTION BUCCO-DENTAIRE : N'OUBLIONS PAS LES CRECHES**

**Docteur J. NANCY – UFR d'Odontologie – Bordeaux**

Bonjour. Nous tournons tous un peu autour des mêmes questions. Nous avons tous des petites solutions mais, malheureusement, la solution globale n'a pas encore été trouvée pour arriver à juguler le problème de la polycarie infantile. Le schéma des facteurs de risques de la carie a évolué et nous voyons maintenant l'importance des facteurs environnementaux. L'intervention de Madame MABE était passionnante à ce propos. Si, en tant que cliniciens, nous sommes avant tout exposés à des situations cliniques à résoudre, il y a des facteurs contre lesquels il est extrêmement difficile d'agir et ce sont ces facteurs environnementaux.

On parlait autrefois du « syndrome du biberon ». Le terme « syndrome » était déjà une avancée. Il signifiait que l'on ne considérait pas la carie dentaire comme une maladie carieuse avec son symptôme qu'est la lésion carieuse. On parle maintenant de carie précoce de l'enfant mais je préfère l'appeler polycarie infantile. Le terme de « syndrome du biberon » a d'ailleurs été un peu abandonné car ce n'est plus le biberon seul qui est en cause.

La polycarie infantile est une forme très précoce. C'est une expression très particulière de la maladie carieuse. Comme l'a dit le professeur WOLIKOW, elle est destructrice car elle agit très rapidement et très sévèrement. Il est sûr qu'elle est liée à des comportements alimentaires inadaptés. L'anthropologue nous dira qu'ils sont peut-être inadaptés pour nous, mais pas forcément pour les autres. Madame MABE a cependant posé la bonne question, celle de savoir pourquoi les gens font ce qu'ils font. Or, les cliniciens ne se posent pas toujours cette question.

Tout à l'heure, le professeur FOLLIGUET a parlé de santé générale. Les enfants atteints connaissent en effet un moins bon développement. La preuve est que, lorsqu'ils sont opérés sous anesthésie générale, leur courbe de croissance reprend ensuite un rythme plus confortable. Il est sûr aussi que des affections ORL y sont associées. Les enfants touchés par la polycarie infantile ou par la carie précoce de l'enfant sont ainsi constamment enrhumés.

Ce qui est sûr également, c'est le manque de bonnes informations pour endiguer, limiter, empêcher le développement de ce processus carieux. Ce manque d'informations est lié au niveau d'éducation des parents mais aussi à leur capacité à entendre. Il est aussi certainement possible que, dans les populations touchées spécifiquement par la polycarie infantile, l'immunité soit un peu déficiente. L'adage populaire dit qu'il vaut mieux être riche et en bonne santé. C'est vrai mais, lorsque l'on n'a pas beaucoup de moyens, pas très envie d'aller se soigner, quelle qu'en soit la raison, peu d'accès aux soins, l'immunité n'est souvent pas très compétente.

Ce qui est sûr enfin, c'est qu'il y a un défaut de prise en charge collective. Comme l'a souligné le professeur WOLIKOW, dans nos centres hospitaliers, nos listes d'attente sont de six mois ce qui est extrêmement long. Il est possible de juguler le problème avec le port de gouttières fluorées mais il y a là aussi peu de compliance et c'est donc difficile.

Une étude européenne vient d'être présentée lors d'un congrès qui s'est déroulé en Suisse il y a environ un mois. Cette étude européenne, dont la France est cependant exclue, montre bien que la prévalence de la carie reste élevée dans certains pays.

C'est en voyant arriver sur le fauteuil des enfants de plus en plus jeunes que je me suis dit qu'il fallait aller au-delà des actions de prévention organisées dans les écoles maternelles de Bordeaux (spectacle de marionnettes, ateliers de révélation de plaque, ateliers de brossage). Je me suis donc dit qu'il fallait désormais aller dans les crèches. Or, nous n'avions pas la culture, qui existait déjà dans le Val-de-Marne ou la Seine-Saint-Denis, d'avoir des prises en charge avec des institutions et des partenaires qui permettent d'agir. Dans le sud de la France, nous étions un peu

paupérisés à ce niveau-là. Cette action, réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'une étudiante, poursuivait trois objectifs :

- le premier objectif était de connaître les croyances des gens par rapport à la santé bucco-dentaire de leur bébé, c'était une question très importante pour moi d'essayer de comprendre ces notions ;
- le deuxième objectif était de considérer les personnels de crèche comme des relais ;
- le troisième objectif, plus secondaire, était de réaliser une plaquette informative.

Le taux de réponse a été excellent puisque 87 % des parents ont participé à l'enquête, avec un effectif important représenté par les enfants de 2 et 3 ans. Il a été demandé aux parents ce qu'ils donnaient à l'enfant lorsqu'il réclamait un biberon. Dans 74 % des cas, ils mettent du lait dans le biberon. Une réponse nous a étonnés, c'est le nombre de biberons pris par jour. 40 % des enfants entre 30 et 36 mois prennent encore deux biberons par jour. C'est énorme et cela favorise fortement la polycarie infantile. Nous constatons aussi que l'utilisation de la sucette, trempée ou non, ou du biberon pour s'endormir entraîne des incompétences au niveau des fonctions oro-faciales qui conduisent à une respiration buccale qui expose d'autant plus au risque de développement de la polycarie infantile.

Ensuite, il a été demandé aux parents s'ils avaient brossé les dents de leur enfant la veille au soir. C'était le cas de 65 % seulement des enfants entre 18 et 24 mois. Il est en effet très compliqué de faire comprendre aux parents qu'il faut brosser les dents de leurs enfants dès qu'elles apparaissent. On n'attend pas pour commencer à laver son bébé. C'est pareil pour les dents. Il est difficile de le faire comprendre quelles que soient les couches sociales. Il en est de même avec le dentifrice puisque 86 % seulement des enfants de 3 ans en utilisent, ce qui est assez étonnant.

En général, la prescription fluorée est suivie. Le problème est que le fluor par voie systémique est souvent considéré comme un vaccin anti-caries qui dispenserait de se brosser les dents et d'utiliser du dentifrice. C'est un peu dommage. S'agissant de la prise de ces suppléments fluorés, elle suit cependant une courbe décroissante au fur et à mesure de la croissance du bébé ce qui est conforme aux recommandations. S'agissant des visites chez le dentiste, 36 % des enfants de 12-18 mois ont déjà consulté. Mais il faut prendre en compte le fait que c'est l'âge de l'apprentissage de la marche qui cause de fréquents traumatismes.

Cela permet au moins d'en profiter pour donner tous les conseils nécessaires. 24 % des enfants ont rencontré un dentiste pour la première fois entre 30 et 36 mois. C'est beaucoup trop tard. C'est pourtant bien plus tôt qu'ils commencent à voir un pédiatre et d'autres professionnels de la santé.

Le deuxième objectif de cette enquête est de former les personnels des crèches. Ils ne se sentent en effet pas suffisamment légitimés dans leur rôle de prévention à l'égard de la maladie carieuse. Or, ils sont pourtant toute la journée au contact de l'enfant et ils ont un lien direct avec les parents. Un diaporama leur a donc été présenté et ils en ont été extrêmement contents. Cela leur a permis de prendre conscience du réel danger représenté par la polycarie infantile. Des conseils très simples leur ont été donnés pour être mis en place et communiqués aux parents. Encore faut-il que les parents veuillent les entendre et que le discours soit en accord



avec leurs croyances. Il en est ressorti en tout cas une grande satisfaction. Quant à la plaquette, elle a été conçue pour être lue avec les patients, avec les parents, pour qu'ils puissent être accompagnés dans sa lecture. Elle a été mise en place dans deux des crèches avec lesquelles nous avons travaillé. Cela n'a en effet pas été possible partout car il n'était pas forcément très facile d'entrer dans certaines crèches quand les directrices n'y étaient pas tout à fait favorables.

Au vu d'une telle action, on se rend compte qu'il est vraiment indispensable de cibler les bonnes personnes pour leur apporter la bonne information, même si ce n'est pas toujours très facile. Il faut aussi s'inscrire dans la continuité. Nous savons que la polycarie infantile fait des enfants qui en sont atteints de véritables handicapés buccaux. Elle entraîne un retentissement péjoratif sur la croissance, les fonctions oro-faciales, la maturation, la digestion, l'esthétique, la relation aux autres. Ces tout-petits sont donc vraiment des handicapés buccaux. Si rien n'est fait, nous savons qu'une polycarie adolescente suivra inexorablement et qu'ils seront des handicapés buccaux pendant toute leur vie.

Il est donc regrettable qu'il n'y ait pas davantage de communication sur cette question et qu'il y ait trop de cloisonnement, ce qui est un gros problème en France. Nous avons les bonnes volontés, l'argent, tout ce qu'il faut et pourtant, nous n'y arrivons pas. Il faudrait se poser la question de savoir pourquoi nous n'y arrivons pas, pourquoi nous ne pouvons pas communiquer, pourquoi la prévention commence trop tard, pourquoi il n'y a pas une visite obligatoire à 2 ans... Il faut commencer à se poser les bonnes questions pour arriver peut-être à résoudre ce problème. C'est pour cela que je vous remercie d'avoir organisé ce colloque aujourd'hui.

*(Applaudissements)*

## **PMI ET PREVENTION BUCCO-DENTAIRE EN SEINE-SAINT-DENIS**

### **Docteur Paul BISSILA – SPAS/DPAS – Conseil général de Seine-Saint-Denis**

Merci de me donner la parole après toutes ces présentations. Je souhaite d'abord remercier les collègues du Val-de-Marne de nous avoir donné l'opportunité de présenter l'expérience de la Seine-Saint-Denis en matière de prévention bucco-dentaire. Ce travail a été réalisé en collaboration avec le docteur Bernard TOPUZ, chef de service de la PMI du département, qui a participé à la préparation du diaporama. Je vous présente ses excuses car il ne pouvait pas être là pour parler lui-même de ce qui est fait concrètement dans les centres de PMI.

Vous avez dit tout à l'heure qu'il fallait absolument disposer d'un réseau de professionnels, de partenaires mais aussi de structures. La PMI fait partie de ce réseau qui met l'enfant au centre de la prévention bucco-dentaire. Le dispositif a été mis en place en 1984 et a très rapidement été intégré par le service de PMI par la réalisation d'actions de prévention. Il s'appuie également sur les équipes techniques locales des trente villes qui sont aujourd'hui conventionnées et sur l'Inspection académique.

La PMI est pour nous un acteur important de proximité. On y trouve un certain nombre de professionnels habitués à travailler sur les questions de santé avec les enfants, les parents et les familles. Elle représente pour nous un potentiel important pour mener des actions de prévention. Comme le docteur Fabien COHEN l'a évoqué ce matin, le département a fait l'objet d'un maillage qui a nécessité d'avoir une couverture territoriale assez large pour pouvoir toucher le maximum d'enfants. Le département compte ainsi 118 centres de PMI et toutes ces structures participent à la prévention bucco-dentaire.

Je ne vous ferai pas un historique mais on peut néanmoins préciser que le service de PMI a intégré le dispositif départemental de prévention bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis en 1985. Cela fait donc plus de vingt ans qu'il y a des actions de prévention dans les centres de PMI du département. L'objectif est de toujours améliorer le dispositif mais aussi de l'élargir. En effet, au bout d'un certain temps, les professionnels de la PMI peuvent se lasser plus ou moins de ces questions car, au premier abord, ils ne sont pas formés pour ce type de prise en charge. Il faut donc obtenir leur adhésion et maintenir leur motivation au fil du temps ce qui n'est pas si simple. C'est la raison pour laquelle je remercie les collègues du département du Val-de-Marne d'avoir relancé cette question de la prévention bucco-dentaire en PMI car on pouvait s'imaginer qu'au bout de plus de vingt ans, il n'y avait plus rien à faire.

Il se trouve que, malheureusement, un effort continu doit être poursuivi et que les moyens doivent suivre car, sinon, les bénéfices obtenus s'étiolent au fil du temps. C'est un éternel recommencement puisque des vagues d'enfants qui n'ont pas bénéficié du programme arrivent successivement. C'est donc un travail répétitif.

En termes d'objectifs opérationnels, il s'agit de s'appuyer sur les professionnels de la PMI. Au départ, le département était aussi doté d'une Mission Bucco-Dentaire qui était porteuse « des bons messages ». Les professionnels y étaient réceptifs. Mais, au bout d'un certain temps, il a fallu absolument changer la nature de leur rapport

avec cette structure afin qu'ils deviennent des acteurs, des relais à part entière et que les actions se poursuivent de façon continue et pérenne.

Les tendances observées par les professionnels, au fil de leurs consultations quotidiennes, montrent une augmentation des atteintes carieuses des enfants. Jusqu'en 1995, une diminution avait été observée suite à la mise en place des actions de prévention. Mais, depuis 2000, une augmentation a été de nouveau constatée à l'occasion du bilan réalisé sur les enfants de 4 ans. Il est donc indispensable de renforcer les actions de prévention par une meilleure formation des professionnels et d'augmenter le nombre d'enfants bénéficiant du dépistage précoce.

Des actions individuelles sont destinées aux parents et aux enfants. Il s'agit de conseils d'hygiène, de distributions de matériel, de conseils nutritionnels ainsi que de documents et de recommandations consignées dans le carnet de santé de l'enfant.

Les professionnels des PMI sont bien évidemment en première ligne car ils sont les premiers à rencontrer les enfants avant qu'ils ne soient vus par le chirurgien-dentiste dans le cadre des soins dans les cabinets. De ce fait, nous avons intérêt à ce que ces professionnels puissent aussi prendre en charge les questions de prescription de fluor. En 1994, nous avons mené une réflexion sur ces pratiques car nous avons observé une baisse de la compliance des parents dans la prise de fluor pour prévenir les caries. Un travail a été réalisé avec les professionnels de la PMI, les médecins notamment, pour essayer de proposer d'autres recommandations qui rejoignent aujourd'hui celles présentées par l'AFSSAPS. Madame FOLLIGUET indiquait tout à l'heure qu'un consensus global n'avait pas encore été obtenu. Nous ne faisons cependant plus de prescription systématique de fluor car nous considérons qu'il faut d'abord faire un bilan fluoré et déterminer le risque carieux de l'enfant.

Les mesures collectives sont des animations. Elles étaient organisées au départ par l'équipe de la Mission Bucco-Dentaire puis, au fil du temps, le relais a été passé aux professionnels de la PMI, notamment aux auxiliaires de puériculture, aux puéricultrices et aux médecins.

Concernant les moyens humains, le département est doté de 126 médecins de protection infantile, 104 puéricultrices et 210 auxiliaires. Les assistantes maternelles, dont le nombre est important, sont aussi des relais pour faire passer les messages de prévention bucco-dentaire. Le maillage territorial est constitué de circonscriptions regroupant un certain nombre de villes. Tous ces professionnels disposent d'un outil référentiel. C'est un dossier technique dans lequel toutes les informations sont consignées et qui les aide dans leur pratique quotidienne.

Notre programme dans le cadre des PMI a été tout récemment labellisé « I ». Le seul problème est que notre département connaît d'énormes difficultés d'accès aux soins, avec des refus de certains praticiens qui nous sont renvoyés par les médecins de la PMI. Tout le travail consiste donc pour nous à leur expliquer les difficultés car il n'est pas simple de soigner un enfant. Notre perspective est de continuer à faire des bilans de santé et à former les professionnels pour pouvoir réaliser ces bilans dans les meilleures conditions. Il s'agit de donner une idée précise de ce qui doit être fait en matière de prévention bucco-dentaire pour cette population.

Vous voyez donc les difficultés que nous avons pour répondre à la demande et aux besoins qui émergent lorsque nous faisons de la prévention bucco-dentaire. Il faut cependant absolument prendre en charge ces enfants. Je vous remercie de votre attention.

*(Applaudissements)*

## **ACTION PILOTE DE PROMOTION DE LA SANTE AUPRES DES ENFANTS AGES DE 6 ANS DANS LE CADRE DU LANCEMENT DE L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE (EBD)**

**Docteur C. CATTEAU – UFR d'Odontologie – Lille 2**

Bonjour à tous. Je voulais vous présenter aujourd'hui les résultats de l'action pilote de promotion de la santé qui a été réalisée auprès des enfants âgés de 6 ans dans le cadre du lancement de l'EBD. Cela a été évoqué tout à l'heure par le docteur BAILLON-JAVON. Cette action s'est déroulée dans le département du Nord qui faisait partie des quatre départements expérimentaux.

Sur 391 enfants, 129 enfants avaient déjà consulté l'année précédente. Toujours parmi ces 391 enfants, 169 sont allés faire l'EBD en cabinet ce qui représente donc un taux de participation de 43 %. Sur ces 169, 56 avaient déjà consulté l'année précédente et étaient donc déjà dans une démarche de soins. Parmi les enfants qui n'avaient pas consulté depuis septembre 2005, nous avons quand même réussi à en motiver 113 sur 262. Sur les 169 ayant réalisé l'EBD, nous retrouvons les chiffres classiques puisque 63 % n'ont pas besoin de soins. En regardant d'un peu plus près les indices CAO et en comparant aux données de l'enquête nationale de l'UFSBD, nous retrouvons un indice CAO moyen d'environ 1,4. Il est cependant intéressant de relever que, dans le cadre de cette action pilote, les enfants ont un indice carieux beaucoup plus élevé que la moyenne nationale et un indice O moindre qui indique un faible recours aux soins.

Il est intéressant aussi de voir le nombre de dents cariées, notamment concernant les dents temporaires. 8 enfants présentaient ainsi cinq caries et plus. S'agissant du niveau du suivi des soins, sur les 62 qui avaient besoin de soins suite à l'EBD, 47 les ont effectivement réalisés, ce qui représente un taux de participation de 75 %. Une analyse comparative est prévue fin 2007 car il faut laisser un an à l'EBD pour fonctionner. Les données vont être comparées avec celles de trois communes de même profil, avec des enfants qui n'ont pas eu d'actions au niveau de l'école. Cela permettra donc de comparer le taux de participation à l'EBD, le recours aux soins et l'indice CAO.

S'agissant du bilan de l'action, la visite des enfants au cabinet dentaire a été une expérience très positive et bien ressentie. 113 enfants qui n'avaient pas consulté depuis 2005 sont allés au cabinet dentaire et 75 % de ceux qui avaient besoin de soins ont assuré leur suivi. Les parents ont par contre manifesté un très faible taux de participation. Les enseignants indiquent d'ailleurs qu'ils ont du mal à les motiver pour les réunions de classes. Quant aux chirurgiens-dentistes, 20 % seulement des praticiens de la circonscription ont participé aux réunions. En revanche, nous avons réussi à motiver à nouveau certains praticiens pour poursuivre les opérations de dépistage et de sensibilisation dans les écoles. Deux autres points positifs peuvent également être soulignés au niveau de la profession. Les délais de rendez-vous ont été optimisés pour permettre, alors que l'action commençait en septembre, de fournir les résultats à la CNAM dès fin décembre. Un communiqué a été réalisé par le Conseil départemental de l'Ordre et les praticiens ont renvoyé rapidement les documents relatifs à l'EBD et au suivi de soins.

L'Education nationale a également fait preuve d'une forte implication. Les enseignants ont relayé l'information auprès des parents et ont organisé des séances de travail sur le thème de la santé bucco-dentaire. Des directeurs d'écoles ont mis à disposition les coordonnées postales et téléphoniques des parents. Les médecins et les infirmières scolaires se sont également impliqués dans le relais de l'information à l'occasion des bilans obligatoires des enfants de 6 ans.

Les municipalités et les acteurs sociaux ont aussi manifesté une forte implication, notamment les maires des communes rurales et semi-urbaines. Certains ont adressé des courriers aux parents dont les enfants n'avaient pas été dépistés et ont proposé des entretiens pour identifier les difficultés rencontrées. Il a été en revanche plus difficile d'impliquer les acteurs sociaux en milieu urbain, certainement en raison des nombreuses missions qu'ils ont déjà à remplir. La CPAM d'Armentières a, quant à elle, mobilisé des ressources importantes pour assurer le suivi de chaque enfant et le relais avec les autres régimes.

En conclusion, nous pouvons constater qu'un accompagnement soutenu des familles permet d'amener les enfants au cabinet dentaire. Une action de promotion de la santé n'a pas forcément de résultats si elle ne comporte pas de suivi ou d'accompagnement des parents. Ce type de suivi est possible au niveau d'une caisse mais peut être difficilement étendu au niveau national, contrairement à ce que prévoyait le projet de départ de la CNAM. Enfin, les stratégies visant à impliquer les parents doivent être développées car il est très difficile de les mobiliser en matière de santé bucco-dentaire. Des mesures doivent également être mises en place pour ne mettre aucun enfant à l'écart lorsque les parents ne prennent pas en charge leur santé bucco-dentaire. Je vous remercie de votre attention.

*(Applaudissements).*

## **STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE PREVENTIVE ET THERAPEUTIQUE CHEZ L'ENFANT DE 0 A 6 ANS : DIFFICULTES RENCONTREES**

**Docteur T. TRENTESAUX – UFR d'Odontologie – Lille 2**

Bonjour à tous. Je vais essayer d'être synthétique. Le constat a déjà été présenté. Malgré de multiples mesures de prévention, sur un plan local mais aussi national, les lésions précoces chez le jeune enfant sont toujours d'actualité. Ces lésions évoluent extrêmement rapidement et aboutissent à des tableaux cliniques variés. Elles ont des conséquences parfois dramatiques, tant sur un plan local que général. Je pense notamment à la présence de ces foyers infectieux dentaires chez des enfants à risques, notamment chez les enfants cardiopathes. Ces lésions constituent également un handicap social car les enfants vont souffrir de douleurs, ils peuvent présenter des troubles, notamment lors du sommeil et connaître par la suite des perturbations dans leur intégration scolaire.

Traditionnellement, les milieux à risques restent les populations défavorisées, les populations migrantes. Mais il faut aussi évoquer le cas de certains enfants qui appartiennent à des milieux aisés et qui présentent ce même type de pathologies. Il peut en effet y avoir dans ces familles une certaine démission des parents au niveau de l'éducation car ils sont happés par leur activité professionnelle. Ces pathologies peuvent également se développer quand il y a éclatement de la cellule familiale ou dans le cas du « syndrome du petit dernier », lorsqu'une grande différence d'âge sépare le dernier de la fratrie et les autres enfants et que tout lui est permis.

Les étiologies sont l'hygiène bucco-dentaire négligée, l'absence de brossage et la transmission des bactéries cariogènes par la mère ou également par le père. Il faut aussi citer l'alimentation qui est de plus en plus sucrée. C'est une idée que l'on peut expliquer facilement aux enfants. Il y a d'abord des sucres visibles que les parents vont pouvoir aisément supprimer. Mais il y a également d'autres glucides complexes, plus ou moins transformés par l'industrie agro-alimentaire, qui sont très cariogènes. Selon les statistiques, la quantité de sucre brut consommé a nettement diminué sur les trente dernières années. En revanche, elle augmente fortement dans des produits dérivés, notamment dans les boissons comme les jus de fruits, avec une multiplication par un facteur 6. Il faut aussi évoquer les politiques marketing qui visent à faire consommer des produits « light » ou « soft drink » et qui parlent parfois de « zéro sucres ». C'est oublier que ces produits sont également très acides et qu'ils vont entraîner des déminéralisations initiales. Les parents ne sont souvent pas au courant de ce phénomène. La perte des repères alimentaires, le problème de plus en plus fréquent du grignotage, la répétition de la fréquence d'ingestion vont avoir des conséquences dramatiques en entraînant une saturation (mot supprimé) du pouvoir tampon de la salive et en empêchant donc la reminéralisation.

Une question se pose par ailleurs concernant les politiques de santé. Depuis 2005, les distributeurs automatiques de friandises sont normalement supprimés dans les collèges et les lycées. Or, force est de constater que ce n'est pas le cas partout. Je m'écarte un peu du problème des enfants de 0 à 6 ans – qui pour leur part n'y ont

pas accès - mais bien souvent, ils ont des frères et sœurs qui consomment ces friandises et qui vont vite leur en faire profiter.

Le deuxième axe de travail, c'est qu'il existe peut-être également des échecs au niveau de notre prise en charge. Ce sont des enfants que nous allons voir très tard ou même pas du tout et qui vont consulter à un moment d'urgence soit infectieuse, soit douloureuse. Il est dans ce cas particulièrement difficile d'instaurer un suivi de ces enfants. De plus, les soins vont se réaliser dans des conditions souvent délicates qui vont générer une anxiété qui va s'ajouter à l'anxiété véhiculée par l'inconscient collectif familial. Il y a également un échec au niveau des patients requérant des besoins spécifiques, notamment ceux soignés sous anesthésie générale. Comme ils ne seront vus que de manière très ponctuelle, les messages de prévention ne vont pas pouvoir leur être répétés comme c'est le cas lorsqu'un enfant est soigné dans le circuit traditionnel et qu'il est vu plusieurs fois. Cela aboutit chez ces enfants, quelques années plus tard, à une reprise du phénomène carieux et à une quantité très importante de plaque dentaire.

Quelles solutions peut-on apporter à tout cela ? A Lille, nous avons mis en place un véritable contrat entre le praticien, les parents et les enfants qui conditionne le démarrage de la thérapeutique. Nous réalisons d'abord un bilan alimentaire et bucco-dentaire et nous expliquons l'ensemble des phénomènes aux parents. Hors cas d'urgence, le démarrage des soins est ensuite conditionné par la suppression des facteurs étiologiques et par la reprise des bonnes habitudes, notamment au niveau du brossage. Cet effort va bien sûr être progressif. Il va être demandé à l'ensemble de la famille puisqu'il est évident que si l'on supprime les boissons gazeuses à un enfant de 3 ans, il faut aussi faire la même chose pour les autres enfants de la fratrie. Quels sont les résultats ? Au bout d'un mois, nous avons déjà reçu l'adhésion de plus d'un tiers des familles et le taux de succès grandit ensuite rapidement.

La deuxième solution consiste en l'optimisation de notre prise en charge. Il s'agit de créer rapidement une relation de confiance avec l'enfant, surtout s'il a été vu très tard et qu'il y a beaucoup de soins à réaliser. Il faut éviter les erreurs d'orientation, d'aiguillage au niveau de la décision thérapeutique. C'est pour cela qu'a été mis en place un schéma de décision. Il s'agit de demander d'abord si l'enfant a déjà vu un chirurgien-dentiste et ensuite s'il présente un problème comportemental ou une anxiété particulière. Dans le cas négatif, il suit le circuit normal avec des soins au fauteuil. Dans le cas contraire, une première tentative de soins va être réalisée avec deux issues possibles. Si cette tentative est un succès, l'enfant repart dans le circuit traditionnel. Si c'est un échec, une prise en charge spécifique est envisagée, soit sous sédation consciente par inhalation de MEOPA, soit sous anesthésie générale, notamment quand la quantité de soins à réaliser est plus importante. Si l'enfant a déjà vu un chirurgien-dentiste, il s'agira de savoir si c'était pour une séance de soins ou pour une consultation. Dans le cas d'une consultation, une tentative de soins est réalisée. Dans le cas d'une séance de soins, il faut savoir si cette séance s'est bien déroulée ou si elle a été au contraire difficile. Si elle s'est bien déroulée, l'enfant suit le circuit normal. Sinon, une prise en charge spécifique est à nouveau envisagée après réalisation d'un nouvel essai. Le but est, au final, de retourner dans le circuit classique.



En conclusion, il est évident que pour améliorer notre action sur les enfants de 0 à 6 ans, il faut intégrer plusieurs facteurs : la motivation parentale, la motivation du praticien qui doit être extrêmement importante également, la modification des habitudes et l'orientation thérapeutique qui doit se faire très rapidement de manière correcte. Il y a bien sûr encore de nombreux échecs. C'est pour cela que nous sommes là aujourd'hui. La prévention doit se faire au quotidien et il reste beaucoup de travail. En tant que chirurgiens-dentistes, en luttant contre ces problèmes et contre les habitudes nocives, notamment au niveau du grignotage, nous sommes également en première ligne pour lutter contre l'obésité précoce qui est un fléau actuellement préoccupant. Je vous remercie de votre attention.

*(Applaudissements).*

Fin de la matinée