

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES**

Président : Professeur Axel KAHN

Faculté de Médecine

Laboratoire d’Ethique Médicale et de Médecine Légale

Directeur de Laboratoire : Professeur Christian HERVE

**Master 2**

**Recherche en Ethique Médicale**

**Année 2007-2008**

**LE SOIN SOUS CONDITIONS : UN MOYEN DE  
PRESERVER L’AVENIR DE L’ENFANT ?**

**REFLEXION ETHIQUE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE**

Présenté par

Thomas TRENTESAUX

Soutenu le

17 juin 2008

Directeur de mémoire : Docteur Olivier HAMEL

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier sincèrement le Professeur Christian HERVE. En m'accueillant au sein de votre laboratoire, vous m'avez permis de transformer un souhait en réalité !*

*Je tiens également à remercier le Docteur Grégoire MOUTEL pour la confiance qu'il m'a témoigné et l'accueil dans le laboratoire ainsi que Monsieur Jean-Christophe COFFIN.*

*Je remercie chaleureusement le Docteur Olivier HAMEL, pour la direction de ce travail et la disponibilité de chaque instant.*

*Je remercie également toute l'équipe d'Odontologie pédiatrique de Lille et en particulier le Professeur ROUSSET et le Docteur DELFOSSE pour leurs conseils avisés, leur soutien ainsi que la gestion de mes nombreuses absences.*

*Je remercie le Docteur Anne BECART pour ses encouragements constants et la confiance qu'elle me témoigne.*

*Je remercie le Docteur Lionel THERIE, Véronique et Nathalie, pour leur compréhension et l'organisation souvent « mouvementée » de l'agenda !*

*Je remercie les chirurgiens-dentistes et les étudiants qui ont pris le temps de répondre aux entretiens et questionnaires.*

*Je remercie tous les étudiants du master pour l'émulation intellectuelle au cours de chaque séminaire. Je pense que vous êtes désormais convaincus de la place du chirurgien-dentiste dans le monde de la santé !*

*Je remercie enfin mon épouse, Marie, pour son soutien quotidien, sa patience et l'Amour qu'elle me porte.*

*Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses, c'est celui qui pose les vraies questions.*

*Claude Lévi-Strauss*

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	7
<b><u>1- Les caries précoces du jeune enfant, données initiales</u></b>	10
<u>1-1 Généralités</u>	10
<u>1-2 Etiologies</u>	12
<u>1-3 Tableau clinique et conséquences</u>	13
<u>1-4 Facteurs de risque</u>	15
<u>1-4-1 Des habitudes alimentaires et bucco-dentaires inadaptées</u>	15
<u>1-4-2 Des catégories sociales défavorisées</u>	16
<u>1-4-3 Une structure familiale fragilisée</u>	17
<u>1-4-4 Un frein financier</u>	18
<u>1-4-5 Anxiété des parents et habitudes de soin</u>	19
<u>1-4-6 Le refus de soin par les praticiens</u>	19
<u>1-5 Prise en charge thérapeutique</u>	20
<u>1-6 Politiques de prévention bucco-dentaire</u>	21
<b><u>2- Problématique</u></b>	22
<b><u>3- Méthodologie</u></b>	25
<u>3-1 La recherche bibliographique</u>	25
<u>3-2 Les entretiens semi-directifs</u>	25
<u>3-3 Les questionnaires aux étudiants en chirurgie dentaire de 6<sup>ème</sup></u>	26
<u>année</u>	
<u>3-4 Critique de la méthodologie</u>	27
<b><u>4- Résultats</u></b>	28
<u>4-1 Analyse des entretiens semi-directifs</u>	28
<u>4-1-1 Données initiales</u>	28
<u>4-1-2 Réponse à la question 1</u>	30
<u>4-1-2-1 Réponse à la question 1a</u>	30
<u>4-1-2-2 Réponse à la question 1b</u>	30

<u>4-1-3 Réponse à la question 2</u>	32
<u>4-1-4 Réponse à la question 3</u>	33
<u>4-1-5 Réponse à la question 4</u>	34
<u>4-1-6 Réponse à la question 5</u>	35
<u>4-1-7 Réponse à la question 6</u>	37
<u>4-1-8 Réponse à la question 7</u>	38
<i>4-1-8-1 Réponse à la question 7a</i>	38
<i>4-1-8-2 Réponse à la question 7b</i>	38
<i>4-1-8-3 Réponse à la question 7c</i>	38
<i>4-1-8-4 Réponse à la question 7d</i>	40
<u>4-1-9 Réponse à la question 8</u>	41
<u>4-2 Analyse des questionnaires aux étudiants en chirurgie dentaire</u>	42
<u>de 6<sup>ème</sup> année</u>	
<u>4-3 Synthèse des résultats</u>	48
<b><u>5- Discussion</u></b>	49
<u>5-1 Le sens du soin en odontologie pédiatrique</u>	49
<u>5-2 La nature du contrat</u>	51
<u>5-2-1 Une relation contractualisée de longue date</u>	51
<u>5-2-2 Des droits et des devoirs partagés</u>	53
<u>5-2-3 L'importance d'un consentement éclairé</u>	55
<i>5-2-3-1 Le cadre général du consentement</i>	55
<i>5-2-3-2 Le cas spécifique du mineur</i>	56
<i>5-2-3-3 Autonomie et consentement</i>	58
<i>5-2-3-4 La question de l'information</i>	59
<u>5-2-4 Du contrat à la contrainte</u>	60
<u>5-3 Le recours au soin sous conditions en odontologie pédiatrique,</u>	61
<u>une contrainte légitime ?</u>	
<u>5-3-1 L'utilisation de la contrainte en odontologie, exemples</u>	61
<u>internationaux</u>	
<u>5-3-2 L'utilisation de la contrainte dans d'autres disciplines</u>	62
<u>5-4 Une logique individuelle opposée à une logique collective</u>	66

<u>5-5 L'éducation à la santé, une alternative nécessaire</u>	69
<u>5-5-1 Un concept récent</u>	69
<u>5-5-2 Les différentes approches d'éducation à la santé</u>	70
<u>5-5-3 Un travail en réseau</u>	72
<u>5-6 L'orientation des politiques de prévention</u>	73
<u>5-6-1 Une politique d'accès aux soins plus que de promotion de la santé</u>	73
<u>5-6-2 Une mise en place difficile, des obstacles structurels</u>	75
<u>5-6-3 Promouvoir la prévention, une idée pas si simple</u>	79
<b>Conclusion</b>	83
<b>Bibliographie</b>	86
<b>Table des figures et tableaux</b>	93
<b>Annexe n°1:</b> Article Kremer et coll. Une consultation spécifique aux jeunes enfants, analyse des comportements d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire.	94
<b>Annexe n°2:</b> Grille de travail pour les entretiens semi-directifs	102
<b>Annexe n°3:</b> Questionnaire aux étudiants en chirurgie dentaire de 6 <sup>ème</sup> année	105

# INTRODUCTION

En odontologie pédiatrique, le chirurgien-dentiste est régulièrement confronté au problème de la **carie de la petite enfance** (« Early Childhood Caries » ou ECC). Celles-ci se développent lorsque que l'hygiène alimentaire et l'hygiène bucco-dentaire sont inadaptées.

Même si la prévalence de la carie dentaire a fortement diminué durant les dernières décennies dans à peu près tous les pays développés [1], une faible proportion d'enfants sont victimes de toute la pathologie [2, 3]. Actuellement 20 % des enfants cumulent 80 % des caries [4]. Malgré des politiques de prévention sur un plan tant régional que national, ce problème de carie dentaire reste le 4<sup>ème</sup> fléau mondial d'après l'OMS [5].

Les conséquences individuelles pour l'enfant sont malheureusement très importantes.

Sur un plan local, les délabrements engendrés par cette maladie d'origine bactérienne occasionnent douleur et infection. La destruction des organes dentaires aboutit à des perturbations des rapports inter-arcades et perturbe la mise en place des dents définitives. Il en résulte de nombreux problèmes fonctionnels. L'enfant présente ainsi des difficultés à mastiquer et à déglutir. De ce fait, les parents ont souvent recours à une alimentation plus molle – et souvent plus sucrée – ce qui entretient la pathologie.

Des difficultés apparaissent dans la phonation ce qui constitue un handicap supplémentaire à l'intégration sociale de l'enfant. L'impossibilité de sourire et les problèmes esthétiques sont également importants. Ces derniers, additionnés à l'halitose régulièrement constatée, peuvent être à l'origine de refus affectifs et renforcent la stigmatisation de ces enfants vulnérables.

Sur un plan général, les conséquences de ces infections sont potentiellement dramatiques chez des enfants qui présenteraient des pathologies graves (cardiopathies, immunodépression...). De plus, les douleurs sont souvent à l'origine de troubles du sommeil et peuvent générer à la fois angoisse et agressivité chez ces jeunes enfants.

Sur un plan collectif, les conséquences sont également très importantes. En effet, la prise en charge de tels patients peut nécessiter la réalisation de soins coûteux et multiples. Par ailleurs les caries de la jeune enfance étant un facteur prédictif majeur de caries à l'âge adulte [4], le besoin de soin pour ces futurs adultes sera nécessairement élevé et pèsera sur le budget global de l'Assurance Maladie. Les conséquences en terme de santé publique sont donc loin d'être négligeables.

L'information, la prévention et l'éducation à la santé sont des moyens essentiels pour faire diminuer l'incidence de la carie dentaire chez ces enfants. Grâce à ces moyens, l'indice CAO (indice utilisé en chirurgie dentaire pour évaluer dans une population donnée le nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées) a fortement diminué depuis une vingtaine d'années. Mais quelles solutions mettre en place pour toucher les 20 % d'enfants restants ?

Lorsque l'information et la prévention ne fonctionnent pas, l'idée de mettre en place d'autres méthodes peuvent venir à l'esprit. Ainsi, certains praticiens sont tentés de **conditionner la réalisation des soins** à l'arrêt ou tout au moins à l'amélioration des facteurs étiologiques.

Dans ce contexte, une expérience a été menée à Lille. Une étude a ainsi été réalisée sur plus de 100 enfants polycariés venus en première consultation. Le démarrage des soins était alors conditionné - en dehors de l'urgence - à l'arrêt des habitudes nocives. Après un mois, un vrai progrès est observé pour une famille sur trois [6].

Cette approche novatrice permet donc d'obtenir des résultats, mais ce n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Différents points de tension apparaissent d'un point de vue légal, déontologique et éthique. De nombreux conflits d'intérêts individuels et collectifs sont en jeu et posent le problème de la place de l'enfant dans la relation de soin triangulaire (enfant, parents, praticien) si particulière en odontologie pédiatrique.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les pratiques dans la prise en charge de ces jeunes patients, de constater si cette manière d'appréhender le problème apporte ou non des solutions et de soulever les questions posées.

La méthodologie et les résultats seront présentés après avoir réalisé l'état des lieux précis de la carie de la petite enfance et développé la problématique de la recherche. Enfin, la discussion tentera d'argumenter les différents points de vue à la lumière d'une analyse bibliographique nationale et internationale.

# **1- Les caries précoces du jeune enfant, données initiales**

## 1-1 Généralités

La carie dentaire correspond à une maladie infectieuse d'origine bactérienne. Les caries précoces du jeune enfant (Early Childhood Caries) représentent une forme sévère de la maladie [7]. L'expression « syndrome du biberon » est utilisée lorsque ces caries sont liées à la prise de biberons sucrés à la demande et/ou à l'endormissement ou à des pratiques d'allaitement inadaptées. La figure 1 illustre un enfant de 5 ans sans atteinte carieuse. La figure 2 illustre un enfant de 4 ans, polycarié.



Figure n°1 : Enfant de 5 ans sans atteinte carieuse

Figure n°2 : Caries précoces du jeune enfant chez un garçon de 4 ans

Les données épidémiologiques sur l'état de santé buccodentaire des enfants âgés de moins de 6 ans sont rares en France. Une enquête scolaire chez les enfants de 5-6 ans réalisée en 1999-2000 notait en moyenne que 20 à 25 % des enfants avaient des caries et que seules 40 % de ces caries étaient soignées. Il existait des disparités régionales importantes : par exemple en Aquitaine, sur 22 % d'enfants porteurs de caries, 60 % sont soignés ; dans le Nord Pas de Calais, sur 32 % d'enfants porteurs de caries, 30 % sont soignés [8].

Pour le reste, il faut se référer à d'autres études chez des enfants plus âgés. Des enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé dentaire des enfants de 6, 9 et 12 ans ont ainsi été effectuées en 1987, 1998 et 2006. Pour l'ensemble de ces enquêtes,

l'importance de l'atteinte carieuse est mesurée grâce à l'indice CAO [9]. Il comptabilise le nombre de dents cariées (C), absentes (A) ou obturées (O) c'est à dire soignées. Le CAO écrit en majuscules concerne les dents définitives ; le co, écrit en minuscules est une adaptation de l'indice CAO aux dents de lait.

Les âges de 6 ans et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; à 12 ans, les dents définitives sont en place, à l'exception cependant des dents de sagesse.

Les résultats permettent d'observer une amélioration globale de l'état de santé dentaire des enfants. A l'âge de 6 ans, le taux d'enfants totalement indemnes de caries s'élève ainsi en 2006 à 63,4 % et l'indice carieux est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 [1]. Cependant, en dépit de cette amélioration globale touchant toutes les catégories socio-professionnelles, les disparités en matière de santé bucco-dentaire restent profondes. Des variations en fonction de la situation sociale demeurent très importantes. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs ainsi que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale, sont plus significativement atteints. Pour ces populations, l'indice CAO est supérieur à 1,38. Par ailleurs, 30 % des enfants âgés de 6 ans présentent au moins une dent cariée (temporaire ou permanente) non traitée et, sur 100 enfants de cet âge, si 63 sont totalement indemnes, 7 ont été soignés pour des caries, 30 exigent encore des soins.

L'hygiène buccodentaire est estimée insuffisante chez un quart des enfants de 6 ans et chez un tiers des enfants de 12 ans [10].

Le recours aux soins reste marginal. En 1999, sur 10 enfants atteints, 1 seul était totalement traité [4]. **En 2006, 80% des enfants de 6 ans ne consultent toujours pas de chirurgiens-dentistes** (UCAM 2006).

La comparaison avec d'autres pays, notamment européens, met en évidence une certaine variabilité au niveau de l'évolution de la prévalence carieuse.

Les études publiées en Europe sont généralement limitées à des régions, des villes, des groupes ciblés, des ethnies ou des populations défavorisées. Seuls les Britanniques ont des chiffres nationaux pour cette tranche d'âge. En Finlande, en 1993, 78 % des enfants de 5 ans n'avaient pas de caries. En Belgique, le pourcentage d'enfants indemnes de carie a augmenté de 1983 à 1998 (31,5 % à 47,5 %) alors que dans le nord de la Suède,

après une nette amélioration de l'indice carieux consécutive à des politiques publiques actives, une stagnation, voire une diminution du pourcentage des enfants de 4 ans indemnes de carie a été rapportée (58 % en 1998 versus 54 % en 2002) [4]. Cette constatation est à relativiser par le fait que ces chiffres constituent une moyenne et qu'une petite minorité de la population cumule là aussi la majorité des lésions.

## 1-2 Etiologies

La maladie carieuse est une **pathologie infectieuse multifactorielle**. Elle survient quand la flore buccale pathogène produit des acides résultants de la dégradation des hydrates de carbonés. Ces acides organiques, à la suite de la baisse du pH de la plaque, diffusent à travers l'émail et dissolvent les éléments minéraux de l'émail. Si le processus de déminéralisation ainsi entamé ne s'arrête pas, il mène à la cavitation : c'est la carie dentaire cliniquement observable [5].

La combinaison de **quatre facteurs essentiels** (hydrates de carbonés fermentescibles, bactéries pathogènes, susceptibilité individuelle et temps) conduit ainsi à l'apparition de cette pathologie.

Chez le jeune enfant, l'apport des glucides se fait par différents moyens. Il s'agit souvent de prise de biberons sucrés (lait chocolaté, grenadine, jus de fruits...), de tétines au miel ou encore par le biais de médications. L'addition de tous ces éléments entraîne la mise en place d'une véritable dépendance responsable d'une « saccharomanie » c'est-à-dire une recherche constante d'**aliments et de boissons sucrés**. Bien souvent l'enfant refuse tout autre type d'alimentation.

Hormis les problèmes d'alimentation, des **carences dans l'hygiène bucco-dentaire** expliquent en grande partie le développement de la pathologie. D'ailleurs les ventes de brosses à dents et de tubes de dentifrice en France restent à un niveau bien inférieur à ce qui serait attendu pour une bonne hygiène bucco-dentaire : une brosse à dents et demie par an et par habitant (quatre sont préconisées), trois tubes de dentifrice et demi par an et par habitant (alors que six seraient nécessaires)[11].

### 1-3 Tableau clinique et conséquences

Cette pathologie se manifeste par l'apparition de **lésions carieuses rampantes**, rapidement évolutives du fait des caractéristiques anatomiques et histochimiques de la dent lactéale aboutissant à des tableaux cliniques graves.

Des lésions blanchâtres de déminéralisation progressent vers des lésions colorées, brunes ou noires, et aboutissent à la destruction de l'organe dentaire. Les incisives centrales maxillaires sont les premières atteintes suivies des molaires et canines maxillaires puis mandibulaires. Si l'étiologie persiste, toute la denture temporaire peut être atteinte parallèlement à sa séquence d'éruption. Les incisives mandibulaires, protégées par la langue et la sécrétion salivaire ne sont atteintes que dans les cas les plus graves.

En l'absence de traitement, l'évolution du processus carieux aboutit à l'apparition d'abcès dentaires multiples. Ces infections, passant à l'état chronique, entraînent un risque de lésions irréversibles sur les germes sous-jacents. D'autre part, l'extension rapide, en profondeur et en surface, fragilise le bloc incisivo-canin qui, au moindre traumatisme, va se fracturer, occasionnant des destructions coronaires importantes.

Les **conséquences fonctionnelles sont importantes**. La dégradation des organes dentaires perturbe la fonction masticatoire et notamment la fonction de préhension due à la destruction des incisives. L'alimentation est alors adaptée avec une consistance beaucoup plus molle et souvent plus cariogène. La faiblesse de stimulation durant la fonction de mastication diminue également la sécrétion salivaire. Le changement de consistance entretient donc le cercle vicieux.

Des troubles de la phonation et de la déglutition apparaissent par interposition de la langue dans l'espace créé. Or la prononciation de certains phonèmes nécessite l'appui de la pointe de la langue sur la face palatine des incisives maxillaires. Lors de l'acquisition du langage entre 18 et 36 mois, l'absence de ces appuis peut entraîner des troubles d'élocution [12]. De plus, la localisation des lésions carieuses au niveau des incisives maxillaires cause un préjudice esthétique qui peut être à l'origine de refus affectifs et de perturbations psychologiques.

La récurrence des phénomènes infectieux et douloureux est également à l'origine de troubles du sommeil qui occasionnent fatigue et irritabilité. Des perturbations de la croissance peuvent apparaître, non seulement par carence des apports nutritionnels du fait des difficultés à s'alimenter mais aussi par perturbation de la sécrétion de l'hormone de croissance durant la nuit. De plus, la modification des rapports inter-arcades due à la perte du calage postérieur entraîne une modification du jeu musculaire et renforce les perturbations de stimulation de la croissance.

Enfin, les conséquences sur la santé générale sont très importantes et ce d'autant plus que l'enfant présente des pathologies générales qui peuvent être décompensées par une bactériémie d'origine bucco-dentaire [13].

Du fait des mauvaises habitudes alimentaires, ces tableaux cliniques peuvent être associés sur le plan général à un surpoids voire une obésité.

**Obésité et surpoids** sont d'ailleurs devenus un problème de santé pour une partie non négligeable de la population, même si la tendance semble moins marquée dans notre pays qu'aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni<sup>1</sup>.

L'enquête réalisée en 1999-2000 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 14 % des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 4 % sont obèses et 10 % en surpoids. Même si une proportion notable d'enfants en surpoids ne le resteront pas une fois adulte, l'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte [11]. L'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) réalisée en 2006 dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS) montre la stabilité de ces chiffres puisque chez les enfants de 3-17 ans, la prévalence de l'obésité s'élève à 3,5 % et la prévalence du surpoids (obésité non incluse) est montée pour sa part à 14,3 %.

Parmi les garçons, la prévalence du surpoids est significativement plus élevée chez les 11-14 ans que chez les 3-10 ans, puis a tendance à diminuer chez les 15-17 ans de façon non significative.

Chez les filles, elle est stable avec une tendance non significative de diminution avec l'âge.

---

<sup>1</sup> Annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2006.

La prévalence de l'obésité n'évolue pas selon la classe d'âge, ni chez les garçons ni chez les filles. Chez les enfants de 3-10 ans, la prévalence du surpoids est supérieure chez les filles par rapport aux garçons alors qu'elle est statistiquement comparable dans les autres classes d'âge [14].

## 1-4 Facteurs de risque

### 1-4-1 Des habitudes alimentaires et buccodentaires inadaptées

L'évolution des modes de vie, le manque de temps et la déstructuration des repas ont favorisé le **grignotage**. Or, la fréquence de consommation demeure le facteur le plus important dans l'installation de la carie. Plus les ingestions sont répétées, plus la production d'acide est fréquente et prolongée; le pouvoir tampon de la salive est alors débordé et l'équilibre déminéralisation / reminéralisation rompu.

Certaines habitudes alimentaires peuvent également être instaurées afin d'apaiser [15] ou de faire plaisir à l'enfant. Ce dernier s'habitue à la saveur sucrée et une certaine dépendance peut alors se créer.

On peut retrouver aussi ce type de pathologie chez des jeunes patients prenant régulièrement des **sirops médicamenteux** pour des pathologies générales. Lorsque cette pratique intervient le soir avant le coucher, elle constitue un facteur de risque très important du fait de sa concentration en sucres cariogènes. Une étude sur la cariogénèse des solutions buvables pédiatriques a révélé que 85 % d'entre elles contiennent des sucres cariogènes, alors que seulement 15 % sont à base d'édulcorants non cariogènes ou sans adjonction d'édulcorants. De plus, la teneur en saccharose des sirops médicamenteux peut atteindre 70 % [16]. Ceci est d'autant plus grave que la nuit, la diminution du flux salivaire et l'absence de mouvements de mastication favorisent un pH buccal acide responsable de la déminéralisation initiale de l'émail.

Enfin, la consommation de médicaments génériques augmente. Or ces derniers ne sont que rarement fabriqués avec des substituts de sucre pour des raisons financières. Ils constituent donc indirectement un facteur de risque potentiel.

A ce problème d'hygiène alimentaire s'ajoute une contamination précoce par les bactéries cariogènes et notamment les *Streptocoques mutans*. Cette contamination intervient généralement entre 19 et 31 mois par le biais d'échange de cuillères ou encore le fait de goûter les aliments... L'origine maternelle était souvent incriminée et des correspondances entre l'état dentaire des parents et notamment celui de la mère avait ainsi été mis en exergue [2, 17, 18]. Mais cette idée est à relativiser dès lors que de nos jours, les pères prennent une place de plus en plus importante dans l'éducation des enfants. Ces contaminations peuvent par ailleurs se faire sur un mode horizontal par l'intermédiaire de la fratrie ou encore dans les crèches [19].

#### 1-4-2 Des catégories sociales défavorisées

Partout dans le monde, des études viennent corroborer la relation entre les caries dentaires de l'enfant et la classe sociale à laquelle il appartient. Ainsi, les enfants écossais de 5 ans venant des quartiers les plus défavorisés ont trois fois plus de pathologies que les autres enfants. Les facteurs habituels de risque carieux sont ainsi aggravés par des facteurs de risque externes, particuliers à ces populations « en difficulté » : le statut socioéconomique, l'immigration, les facteurs culturels, ethniques et la malnutrition, qui s'accompagnent souvent d'habitudes d'hygiène défectueuses [2].

**Plus le niveau socio-économique est bas, plus l'état de santé général et l'état de santé dentaire en particulier sont mauvais, et moins il y a de recours aux soins** [20, 21]. Par ailleurs, la consommation de sucreries serait plus élevée dans les classes défavorisées. Une étude du Centre de Médecine Préventive de Nancy menée de 1994 à 1998 confirme que la consommation de sucreries et les besoins en soins dentaires sont toujours plus importants dans les familles en situation précaire [22].

D'autres auteurs montrent que les enfants d'ouvriers se brosseraient moins les dents et débuteraient le brossage à un âge plus tardif. De même, il a été remarqué que les enfants vivant dans les milieux les plus défavorisés se brossent moins régulièrement les dents, donc bénéficient moins du dentifrice fluoré. 55 % des ventes de dentifrices sont destinées à seulement 20 % des foyers [2]. En fait dans ces familles, la santé n'est pas une priorité pour les parents. Elle est reléguée au second plan, derrière l'emploi ou le logement.

Les différences en matière de santé dentaire en fonction de la classe sociale peuvent également être expliquées par les disparités dans l'utilisation des services dentaires. Les familles à faibles revenus consultent dans la grande majorité pour recevoir des soins plus curatifs que préventifs. Les personnes démunies n'ont pas conscience de la gravité de leurs problèmes, et donc de la nécessité de soins. Elles attendent souvent que la douleur soit insupportable ou de ne plus pouvoir manger pour consulter, d'où un recours très fréquent aux services hospitaliers. Mais ces secteurs sont de plus en plus engorgés et les soins à réaliser sont particulièrement longs – en raison aussi de la fonction de formation des étudiants que doivent remplir ces centres lorsqu'ils ont une vocation universitaire - avec des délais d'attente de plus en plus importants pour la réalisation des soins [23].

Dans la population générale, les personnes en situation de précarité ont ainsi 5 fois plus de risque d'avoir des dents absentes non remplacées [21].

Ces pathologies se rencontrent également au sein des **populations migrantes**. Le fait d'être immigré multiplierait par 32 le risque de carie chez les enfants. Le degré d'intégration joue aussi lorsque les immigrés ne peuvent ni parler, ni comprendre la langue de leur pays d'accueil. Il est très difficile pour eux d'accéder aux structures de soins et de comprendre les formalités à remplir [2].

#### 1-4-3 Une structure familiale fragilisée

L'environnement familial, en dehors de son potentiel de contamination bactérienne, a été beaucoup étudié comme facteur initial du problème des caries précoces puisque ce sont les conceptions parentales en matière d'hygiène et d'alimentation qui en permettent le développement. Everdingen et al. ont réalisé aux Pays-Bas une étude psycho-sociologique des parents d'enfants présentant des caries du biberon [24]. Ils concluent que c'est essentiellement par esprit de routine et de facilité que ces parents donnent le biberon à leurs enfants et que mis en face de leur responsabilité, ils persistent souvent [25, 26].

Les caries précoces du jeune enfant seraient donc liées en partie à un problème de laxisme ou de **négligence des parents** [2].

Le manque d'éducation est également avancé. L'éducation des parents constitue la base de la prévention et le niveau d'éducation parental, en particulier celui de la mère,

est un facteur de risque pour les enfants, en denture temporaire comme en denture permanente [2].

Toutefois le niveau de connaissances ne suffit pas à tout justifier [2, 7].

Sur le plan de la **composition de la cellule familiale**, les enfants issus de famille monoparentale seraient plus vulnérables à la carie, car les parents seuls n'ont pas toujours de facilité de transport pour emmener les enfants en consultation et seraient plus vite débordés par le quotidien. De même, poser des limites semble plus difficile pour des parents qui doivent tout assumer. On observe la même chose pour certaines familles nombreuses où il est parfois difficile d'avoir un suivi dans les rendez-vous qui sont souvent oubliés ou annulés [2].

La position de l'enfant au sein de la fratrie est également à considérer. Deux cas de figure peuvent se présenter. Dans le premier, l'enfant est l'aîné. La pathologie s'est développée suite à une carence d'information des parents. Dans le second cas, il s'agit du dernier d'une fratrie. Des différences d'âge importantes peuvent exister et les parents sont plus laxistes au niveau des habitudes d'hygiène alimentaire et buccodentaire.

#### 1-4-4 Un frein financier

L'**aspect financier** peut constituer un facteur limitant l'accès aux soins. Pourtant, les soins de caries chez les enfants sont en réalité peu coûteux et très bien remboursés. Il n'y a pratiquement pas d'obstacle financier objectif à l'accès à ce type de soins, exception faite toutefois des personnes dépourvues d'assurance maladie complémentaire (environ 8 % de la population) [27] qui supportent un ticket modérateur de 30 %. Le problème se pose ainsi pour les personnes dont le niveau de revenus est juste supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU, à cause notamment de revenus ponctuels, mais insuffisant pour leur permettre de s'offrir une couverture complémentaire santé. Enfin, même lorsque la prise en charge est totale, la nécessité de faire l'avance de frais peut rebuter certaines familles.

Finalement, la méconnaissance des modalités de prise en charge et des droits, la crainte de devoir payer (les honoraires libres et la faible prise en charge des prothèses et des traitements d'orthodontie ont favorisé dans l'opinion l'image dissuasive de soins

dentaires très coûteux et mal remboursés) constituent un frein injustifié à l'accès aux soins.

D'une manière générale, le bénéfice de la CMU atténue le renoncement aux soins pour raisons financières : 43 % des ménages nouvellement bénéficiaires y avaient renoncé avant leur entrée dans le dispositif, 71 % d'entre eux ont entamé de nouveaux soins depuis [28].

Toutefois, dans son enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 2004, l'IRDES [29] constate que « 13 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois et dans la moitié des cas il s'agit de soins de santé bucco-dentaire ».

#### 1-4-5 Anxiété des parents et habitudes de soin

Malgré l'évolution des techniques et la prise en charge de la douleur au cabinet dentaire, la peur du chirurgien dentiste reste une réalité indéniable. Des parents anxieux peuvent facilement communiquer cette peur à leurs enfants. Ces parents, qui n'osent pas consulter, ne vont pas faire la démarche pour leurs enfants [13].

L'**anxiété** vis à vis des soins dentaires est un problème majeur qui concerne entre 3 à 20 % de la population européenne [30].

Par ailleurs, autant il paraît évident pour tout un chacun d'avoir un médecin traitant, autant ces patients n'ont pas de chirurgien-dentiste traitant et consultent souvent en urgence et de manière très ponctuelle [31].

#### 1-4-6 Le refus de soins par les praticiens

Même avec la mise en place de la CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2000, les bénéficiaires rencontrent des **obstacles** de la part de certains chirurgiens-dentistes. 19 % des personnes interrogées indiquent qu'il leur est arrivé de trouver gênant d'indiquer à un professionnel de santé qu'elles bénéficiaient de la CMU. Cette gêne est mentionnée en premier lieu auprès des médecins spécialistes (12 % des personnes interrogées), et moins souvent auprès des chirurgiens-dentistes (8 %) et des médecins généralistes (7 %)

[28]. Par rapport aux médecins généralistes, en moyenne, les chirurgiens-dentistes présentent des taux de patients CMUC 1,3 fois moins élevés [32].

Ainsi, les chirurgiens-dentistes refusent parfois de les prendre en charge du fait des très faibles honoraires autorisés, de la lenteur des règlements, des contraintes administratives qui y sont liées, du manque de bénéfices et du comportement des patients dont la responsabilisation n'est pas favorisée par ce système [2]. C'est surtout ce dernier point qu'il faut souligner car les autres arguments, hormis le plafonnement des actes prothétiques et la perte de bénéfice ne sont pas pertinents. Les soins sont en effet remboursés de la même manière et grâce à la télétransmission, les praticiens sont très vite remboursés. Par contre il est vrai que le taux d'absentéisme est statistiquement plus important chez ces patients et conduit malheureusement certains chirurgiens-dentistes à un refus systématique. Car au delà de la perte de temps et de la perturbation de l'agenda quotidien, se pose le problème du remboursement aux praticiens des traitements interrompus [33].

### 1-5 Prise en charge thérapeutique

La prise en charge de patients âgés de 0 à 6 ans est souvent à l'origine de difficultés. Le problème le plus important concerne la prise en charge psychologique. Ces jeunes enfants ont une attention réduite, ne connaissent pas le cabinet dentaire et peuvent présenter une anxiété marquée. Les soins doivent donc être réalisés rapidement grâce à une maîtrise technique éprouvée et une approche cognitivo-comportementale adaptée.

En fonction de l'importance de la pathologie et des difficultés précédentes, des prises en charge spécifiques pourront être envisagées. Il s'agit de techniques de sédation, avec des indications et des limites précises, pas toujours adaptées aux jeunes enfants. En dernier recours, l'indication d'anesthésie générale peut être posée. Si cette intervention présente l'avantage de réaliser la totalité des soins en une seule fois, elle présente de nombreux inconvénients. Le rapport bénéfice/risque est ainsi à poser précisément car ce type d'intervention n'est absolument pas bénin. Ensuite, elle ne permet ni de réduire une possible anxiété ni de répéter suffisamment les messages de prévention. La majorité des actes consistent en des avulsions et les conséquences

fonctionnelles sont donc importantes. Enfin le coût est important pour la sécurité sociale, de l'ordre de 1200 euros pour ce type d'intervention [34].

### 1-6 Politiques de prévention bucco-dentaire

Un bilan bucco-dentaire (BBD) de prévention a été proposé en 1997 aux adolescents de 15 et 18 ans<sup>2</sup>, puis étendu en 2001 dès 13 ans, avec prise en charge des soins par l'Assurance Maladie.

Un BBD à 6 ans a ensuite été proposé dans les mêmes conditions<sup>3</sup>. Ces examens sont inscrits dans le nouveau carnet de santé [35]. Un scellement préventif des sillons dentaires en cas de risque carieux élevé, notamment au cours de la 6<sup>ème</sup> et de la 12<sup>ème</sup> année, est remboursé depuis 2001 (une application par dent avant 14 ans). Ses indications ont fait l'objet de recommandations de la HAS en lien avec la Société Française d'Odontologie Pédiatrique en 2005.

En ce qui concerne les résultats du BBD, ils se sont avérés très insuffisants. Ainsi, à 6 ans, les BBD n'étaient réalisés que chez 15% des enfants en moyenne, avec de fortes disparités régionales (en 2005 24 % en Auvergne, 8 % en Corse). Et dans la catégorie sociale la plus défavorisée, la participation est nettement inférieure à 10 % (source : IRDES 2006).

Cela montre incontestablement l'intérêt d'inclure ces bilans dans une politique locale et nationale de promotion de la santé bucco-dentaire, adaptée à l'âge et à l'environnement.

Depuis 2007, l'**Examen Bucco-Dentaire (EBD)** remplace le BBD et s'applique aux enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Une campagne médiatique intitulée M'T Dents a été conduite en parallèle. Les examens à 6 et 12 ans sont théoriquement obligatoires<sup>4</sup>.

Sur un plan national, l'introduction du sel fluoré en 1986 a participé à l'amélioration de la prévention de la carie même si l'efficacité de cette mesure n'est pas totalement connue [31].

---

<sup>2</sup> Arrêt du 30 mai 1997 portant approbation de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes.

<sup>3</sup> Arrêté du 9 décembre 2005 relatif à la nature et aux modalités de l'examen bucco-dentaire de prévention obligatoire pour les enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire.

<sup>4</sup> Article L2132-2-1 du Code de la Santé Publique.

## 2- Problématique

Face à cette pathologie potentiellement invalidante et qui touche donc une petite partie de la population, face à l'échec des politiques de prévention classiques, face aux difficultés de prise en charge des jeunes enfants, à la faible valorisation des actes et au problème d'offre médicale réduite, la mise en place des soins sous conditions apparaît-elle légitime ? Mais cette question en soulève d'autres très importantes, telles la finalité de cette démarche, les moyens de la mettre en place, ses conséquences mais aussi ses alternatives.

Malgré une idée contraire fréquemment répandue, les dents de lait se soignent et la prise en charge des enfants se doit d'être la plus précoce possible [36]. Quel est alors finalement le sens du soin en chirurgie dentaire et plus particulièrement en odontologie pédiatrique ? La prise en charge de ces enfants constitue t-elle une pratique sociale comme une autre ? Refuser les soins sur les dents temporaires pour engendrer une responsabilisation et une prise de conscience avant l'arrivée des dents définitives est-il ainsi légitime ?

Les soins sous conditions se veulent être une démarche responsabilisatrice. Mais cette démarche ne risque t-elle pas d'engendrer un danger pour l'enfant dans l'accès aux soins et aller à l'encontre du but final recherché ?

Une démission parentale voire une négligence caractérisée est souvent associée au développement de la pathologie. Si elle est réellement mise en évidence par le praticien et que les parents n'adhèrent pas au « contrat » quels seront les moyens de protection pour l'enfant ? Comment respecter les principes de justice et de bienfaisance inhérents à notre profession ?

La notion même de contrat doit être explicitée. La relation médicale est par essence une relation contractuelle. Mais jusqu'où peut-on développer cette notion, le patient doit-il avoir plus de devoirs que de droits ? S'agit-il d'un contrat moral, social ou ne répondant qu'à une logique économique et utilitariste ?

Ce contrat, très conditionné, ne risque t'il d'augmenter la contrainte ? Quelle doit être la nature même de cette contrainte ? Pourquoi cette dernière est traditionnellement admise

par le corps social et médical dans d'autres disciplines (psychiatrie, pédiatrie...) et demeure tabou en chirurgie dentaire ? Jusqu'où la liberté des parents de se responsabiliser ou non s'arrête-t-elle notamment en terme de santé publique. Et par voie de conséquence, que signifie la santé publique dans notre société de libertés ?

Dès lors, quelle attitude le praticien peut-il adopter lorsque les parents ne prennent pas conscience de l'intérêt supérieur de l'enfant et constituent ainsi ce que l'on pourrait appeler un tiers défaillant ?

Cette notion de contractualité se pose également aux chirurgiens-dentistes. Jusqu'où les praticiens français sont-ils prêts à passer d'un modèle médical paternaliste à un modèle fortement contractuel ? Quelles en sont les limites ? Les notions d'information et de consentement sont-elles des notions acquises ?

Ensuite, demander aux parents de se responsabiliser et ainsi respecter le principe d'autonomie et de liberté de toute personne nécessite leur éducation. Notre société met-elle suffisamment à leur disposition les moyens de modifier leurs comportements ?

Par exemple, cette éducation passe nécessairement par une relation avec le chirurgien-dentiste et des visites régulières de contrôle. Etant donné les problèmes de démographie médicale, notre système de santé a-t-il les moyens d'y répondre ?

De la même manière, la responsabilisation des parents est une chose mais qu'en est-il de nos politiques de santé publique ? Ces politiques de prévention sont-elles suffisamment développées en France ? Comment la prévention, démarche chronophage qui nécessite une implication coordonnée de tous les acteurs de la santé peut-elle trouver sa place dans un système de santé sectorisé, spécialisé par discipline avec des logiques de soin et de réparation plus que d'anticipation ? En quoi la prévention constitue-t-elle un enjeu éthique majeur ?

L'ensemble de ces réflexions guide notre travail de recherche et tente ainsi de répondre à une question essentielle qui est **d'évaluer dans quelle mesure la mise en place de soins sous conditions**, avec un objectif initial louable de responsabilisation pour améliorer la santé de l'enfant, **constitue une démarche normative qui comporte des risques. Elle s'applique en effet à un enfant, par l'intermédiaire de ses parents qui représentent le tiers théoriquement responsable, mais potentiellement défaillant.**

Dans ce contexte, responsabiliser par le biais de soins sous conditions constitue-t-elle une démarche légitime, que ce soit d'un point de vue individuel ou collectif ? **En quoi cette démarche rentre-t-elle dans une logique d'éducation à la santé ?**

## **3- Méthodologie**

### **3-1 La recherche bibliographique**

La première étape consiste en la création du corpus de recherche. Un travail d'analyse bibliographique est mené. Les bases de données interrogées sont essentiellement : Pubmed, Pascal, la Banque de Données de Santé Publique, Bibliodent (banque francophone de données dans le domaine de l'Odonto-Stomatologie).

Les principaux mots-clés français sont : « enfant », « carie dentaire », « responsabilité », « éducation thérapeutique », « soins dentaires », « prévention ».

Les termes anglophones correspondants sont : « Preschool child », « dental caries », « oral health », « ethics », « buccal carelessness », « oral education », « prevention ».

Les recherches sont complétées et affinées en fonction des résultats.

Des recherches sont réalisées de manière parallèle dans le domaine de l'éthique et du droit, notamment sur le site éthique et santé du réseau Rodin ainsi que sur le site légifrance.

### **3-2 Les entretiens semi-directifs**

Les entretiens semi-directifs sont réalisés durant la période du 30.01.2008 au 14.04.2008. Ces entretiens se sont déroulés en suivant une trame de 8 questions ouvertes, qui avaient été testées préalablement auprès de trois personnes de la discipline (deux chirurgiens-dentistes hospitaliers et un libéral).

Le public ciblé correspond à des professionnels, chirurgiens-dentistes, libéraux ou praticiens hospitalo-universitaires, confrontés aux jeunes enfants et à la carie précoce.

L'objectif principal de l'entretien est d'évaluer si les praticiens ont déjà été amenés ou seraient tentés de réaliser des soins sous conditions.

Avant l'entretien, chaque personne interrogée reçoit un courriel contenant le descriptif de l'étude ainsi que l'article de Kremer et coll [6] qui sert de base de discussion (Annexe n°1). Cet article pose en effet de manière explicite la problématique du soin conditionné en odontologie pédiatrique. Dans ce courriel, nous insistons sur l'importance de la conclusion de l'article et notamment les phrases suivantes :

*« Conclusion - Prise en charge et contrat de soins - Les résultats obtenus nous ont permis de faire prendre conscience à l'entourage de l'enfant des pathologies rencontrées et d'établir un véritable **contrat de soins** avec les parents (...). La première démarche thérapeutique sera donc d'obtenir la suppression de plusieurs facteurs étiologiques de la carie (...) et une amélioration des habitudes de brossage. (...) Après avoir répondu à l'urgence, la suite des soins ne sera entreprise que s'il y a un résultat positif dans les habitudes d'hygiène : dans ce but **l'enfant est revu un mois plus tard** pour contrôler la réalité de sa motivation et celle de son entourage. (...) Si rien n'a changé, une nouvelle séance de motivation sera effectuée qui ne sera **pas suivie de soins, tant qu'un changement de comportement ne sera pas effectif**. Nous considérons aujourd'hui que nous obtenons un **vrai progrès**, dès le premier mois, pour **une famille sur trois** ».*

### 3-3 Les questionnaires aux étudiants en chirurgie dentaire de 6<sup>ème</sup> année

En complément des entretiens semi-directifs, nous décidons de réaliser un questionnaire auprès des étudiants de T1 des facultés d'odontologie de Lille et de Toulouse. Il a pour but de recueillir l'avis de ces jeunes praticiens face à ces questions et d'apprécier leur vision des choses à l'aube d'exercer la profession.

Ces questionnaires sont soumis à Lille le 20 février 2008 et à Toulouse le 26 février 2008. Le questionnaire a été préalablement testé auprès d'une étudiante de T1 de Lille, particulièrement intéressée par l'odontologie pédiatrique.

### 3-4 Critique de la méthodologie

En ce qui concerne les entretiens semi-directifs, le fait qu'ils n'aient pas tous été réalisés « de visu » peut constituer un biais dans la reproductibilité de l'argumentation pendant l'entretien. Cette remarque est surtout valable pour les réponses obtenues par courriel. Toutefois, des compléments d'information ont pu être donnés en fonction des besoins.

Pour les questionnaires aux étudiants de 6<sup>ème</sup> année, il aurait été souhaitable de les tester auprès d'un échantillon plus important afin d'améliorer la construction des questions. Le problème se pose sur la question 7 «*Pensez vous que la responsabilisation des parents et leur implication dans la relation de soin passe par des soins sous conditions ?* » Les résultats à cette question ne peuvent être totalement comparables à la question 5 des entretiens semi-directifs : « *Pensez-vous que l'amélioration du système de soin français passe par une responsabilisation du patient ?* ».

La quantité d'entretiens et de questionnaires peut paraître insuffisante mais l'étude a pour but non pas de montrer au moyen de statistiques élaborées l'importance des problèmes mais plutôt de soulever les questions qui se posent parmi les praticiens.

## 4- Résultats

### 4-1 Analyse des entretiens semi-directifs

#### 4-1-1 Données initiales

23 entretiens semi-directifs (Annexe n°2) étaient envisagés, **19 ont pu être concrétisés**. 8 ont été réalisés « de visu ». La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes (minimum : 25 ; maximum : 55).

Malheureusement pour des raisons d'éloignement géographique ou d'impossibilité de se rencontrer directement, 7 entretiens ont dû être réalisés par téléphone (durée moyenne : 31 minutes ; minimum : 25, maximum : 48) et 4 par courriels.

Pour ces 4 cas, on peut imaginer qu'un biais de réponse incomplète peut survenir. En effet, à la différence des autres entretiens nous n'avons pas pu argumenter en fonction de la réponse donnée. Cependant pour deux d'entre-eux, nous avons procédé à une demande d'information complémentaire sur certaines questions, qui a pu nous être renseignée.

Les personnes interrogées exercent sur Lille et la région Nord-pas-de-Calais (7 praticiens), Rennes (3 praticiens), Brest (1 praticien), Paris (1 praticien), Marseille (2 praticiens), Montpellier (1 praticien), Nice (3 praticiens), Toulouse (1 praticien).

84 % (16 praticiens sur 19) des personnes interrogées sont des femmes. La moyenne d'âge est de 37 ans (minimum : 25 ; maximum : 65).

Parmi l'ensemble de ces praticiens, 10 sont des pédodontistes exclusifs, 9 sont praticiens hospitaliers, 2 sont libéraux et 8 ont une activité mixte (activité libérale + hospitalière) (Tableau n°1).

Environ 45 % (9 sur 19) des personnes interrogées pratiquent des soins et des avulsions sous MEOPA et sous anesthésie générale.

Tableau n°1: Identification des entretiens semi-directifs

<b>ENTRETIEN</b>	<b>FONCTION</b>	<b>AGE</b>
1	CDL - AHU	27
2	CDL	34
3	CDL - PH	26
<b>4</b>	<b>MCU-PH</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>AHU</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>PU-PH</b>	<b>59</b>
7	CDL – AHU	29
8	CDL - AHU	26
<b>9</b>	<b>CDL - PH</b>	<b>40</b>
10	CDL	40
<b>11</b>	<b>MCU - PH</b>	<b>39</b>
12	CDL – MCU - PH	51
<b>13</b>	<b>CDL - AHU</b>	<b>30</b>
<b>14</b>	<b>PU - PH</b>	<b>65</b>
<b>15</b>	<b>AHU</b>	<b>30</b>
16	PU - PH	45
<b>17</b>	<b>AHU</b>	<b>27</b>
18	CDL - PH	25
<b>19</b>	<b>MCU-PH</b>	<b>35</b>

Liste des abréviations:

- CDL = Chirurgien-dentiste libéral
- CDL - PH = Chirurgien-dentiste libéral et pratique hospitalière
- AHU = Assistant hospitalo-universitaire
- MCU-PH = Maître de conférence des universités, praticien hospitalier
- PU-PH = Professeur des universités, praticien hospitalier
- En gras :** = **Pédodontiste exclusif.**

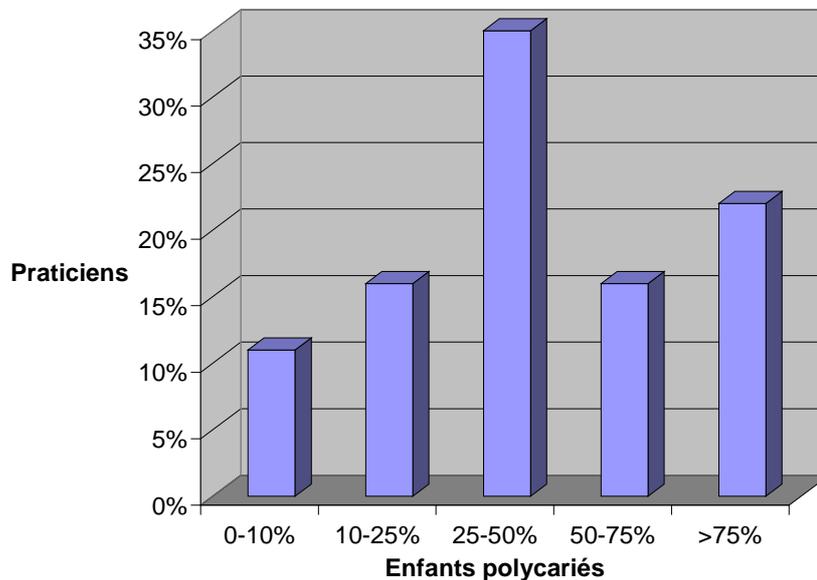
## 4-1-2 Réponse à la question 1

### *4-1-2-1 Réponse à la question 1a*

*Parmi les enfants de 0 à 6 ans que vous soignez, quel est le taux d'enfants présentant des syndromes polycariés ?*

Parmi l'ensemble des enfants soignés, la majorité des praticiens rencontrent un nombre élevé d'enfants présentant des syndromes polycariés (Figure n°3).

**Figure n°3: Taux d'enfants présentant des syndromes polycariés**



### *4-1-2-2 Réponse à la question 1b*

*Quels sont les facteurs essentiels qui expliquent le syndrome ?*

Cette question a pour but d'identifier, en dehors des étiologies classiques d'absence d'hygiène alimentaire et buccodentaire, les facteurs qui contribuent au développement de la pathologie (Figure n°4).

Pour la totalité des praticiens, le **milieu socio-économique défavorisé** constitue le facteur principal. La santé bucco-dentaire ne constitue pas une priorité. Toutefois,

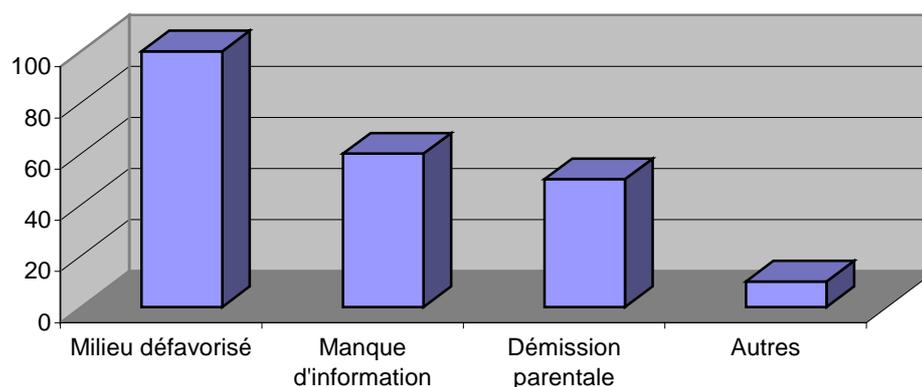
certaines praticiens reconnaissent être confrontés également à ce problème dans des familles aisées, mais cela de manière plus anecdotique (2-3-4-12-19).

Le problème du **manque d'information** apparaît en deuxième position, pour près de 60 % des praticiens. Les arguments les plus souvent cités sont une absence de conseils sur les pratiques d'allaitement (11-15-16), sur le pouvoir cariogène des aliments et sur les techniques de brossage dès le plus jeune âge. Il est souvent déploré un manque de relation avec les pédiatres et les médecins traitants (7-9).

Le troisième facteur avancé concerne pour 50 % des chirurgiens-dentistes un problème de **démission parentale**. La notion d' « enfant-roi » est évoquée trois fois (4-11-18). Mais le plus souvent il s'agit de familles où le contexte social est difficile, des familles nombreuses ou des familles monoparentales (19). L'apport de sucres apparaît alors comme une compensation (6-7) ou encore procure un peu de tranquillité, un praticien parle « d'acheter le silence de l'enfant ». Pour une des personnes interrogées (6), le problème est un petit peu plus complexe. L'enfant est au départ habitué aux apports sucrés, par habitudes familiales ou dans le but de lui faire plaisir alors que ce dernier ne demande rien. Malheureusement, une fois que les mauvaises habitudes sont prises, il est très difficile de les corriger et même si les parents ont l'information, ils démissionneront face aux plaintes et colères de l'enfant. Un praticien nous avoue souvent entendre « Docteur, si je ne lui donne pas son biberon, il pleure » (18).

D'autres causes sont évoquées de manière plus isolées. Il s'agit de la peur du chirurgien dentiste (16), des habitudes des parents (1) ou encore de la barrière culturelle (1-10-11-13-17). Enfin, dans un cas (5) a été évoqué le refus de certains praticiens de prendre en charge les enfants précocement, ce qui avait conduit à l'aggravation de la pathologie.

**Figure n° 4: Facteurs essentiels à l'origine du syndrome**



#### 4-1-3 Réponse à la question 2

*Quelles méthodes utilisez-vous pour promouvoir la santé bucco-dentaire chez ces enfants ? Sont-elles différentes de celles utilisées habituellement ?*

Pour les praticiens interrogés, qui ont tous un attrait fort pour l'odontologie pédiatrique, le temps dévolu à la prévention est par essence très important pour l'ensemble des enfants pris en charge.

De manière générale, aucun soin n'est entrepris lors de la première consultation, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'enfants présentant des caries précoces. Dans le cas où des soins sont réalisés, un temps incompressible de 10 minutes est accordé à la prévention (2). Ce temps permet alors de faire connaissance, de mettre en confiance l'enfant et de réaliser l'analyse des habitudes d'hygiène orale et alimentaire.

Des modèles de démonstration (maxi-brosse et maxi-machoirs) sont fréquemment utilisés. Certains praticiens ont recours à des supports papier (plaquette d'information (7-11), photos personnelles (1), iconographie provenant de revues professionnelles...(7)) ou dessinent directement devant parents et enfant pour expliquer l'évolution de la pathologie (9-12).

Le discours semble être adapté à l'âge de l'enfant et au niveau de compréhension des parents.

Le brossage peut être fait directement par le praticien avec l'enfant devant un miroir (13-18-19).

Le révélateur de plaque est parfois utilisé (3-15).

Une attention particulière est souvent portée sur la constitution de la fratrie et le nombre d'enfants afin de réaliser une thérapie familiale (1-2-4-17).

#### 4-1-4 Réponse à la question 3

*Par quels moyens vérifiez-vous la compréhension de l'information. Comment estimez-vous que le « contrat » de soin est compris ?*

La compréhension de l'information semble difficile à appréhender le jour même du premier rendez-vous. Le plus souvent les praticiens font reformuler aux parents les conseils donnés. Ils apprécient si les parents posent des questions et s'impliquent ou non dans la relation (5).

Si le message semble difficile à faire passer, les objectifs sont limités à obtenir un ou deux changements, et le travail sera poursuivi par étapes lors de chaque séance (6).

Enfin, **la majorité des praticiens évalue indirectement cette compréhension par le changement des habitudes lors du second rendez-vous.**

Si l'amélioration de l'hygiène buccodentaire (fréquence et qualité du brossage) peut facilement être appréhendée par l'observation de la muqueuse et de l'indice de plaque, le changement des habitudes alimentaires ne peut que reposer sur les dires des parents. Le fait de laisser parler l'enfant tout seul, permet cependant d'obtenir plus de vérité (4) !

Certains praticiens demandent que l'enfant ramène sa brosse à dents au rendez-vous suivant pour apprécier les progrès réalisés et corriger les imperfections de mouvements (6-16).

**A ce stade de l'entretien, la notion de contrat semble tout à fait tacite et non expliquée aux parents.** Les praticiens se placent dans une relation triangulaire où l'explication et le dialogue doivent permettre une correction des habitudes nocives. De ce fait, les praticiens semblent plus rechercher le niveau de compréhension des parents et de l'enfant et évaluer les capacités de changement que l'obtention d'un consentement.

#### 4-1-5 Réponse à la question 4

*Dans le cas où aucune amélioration n'est observée au cours des séances de soins, quelle attitude adoptez-vous ?*

Lorsque aucune amélioration n'est observée, près de **70 % des praticiens avouent durcir leur discours** et donner une tournure culpabilisante à leurs propos. Des termes comme « poubelles », « cimetière », « honte » peuvent être utilisés afin de provoquer un déclic tant chez l'enfant que chez les parents.

La **reformulation** est également utilisée et les conseils donnés à nouveau pour « revacciner » les parents (6).

Deux praticiens qui ne brossaient pas les dents de l'enfant au premier rendez-vous le font au second pour leur montrer la technique (3-18). Pour ces praticiens, aucun refus de soin n'est évoqué mais le brossage est fait jusqu'à ce que l'habitude soit prise.

D'autres vont réaliser une **coloration de plaque** pour insister sur le problème (5-17-19).

Certains praticiens, en plus de remotiver parents et enfants vont commencer les soins. Cela permet selon eux d'avoir un effet éducatif. Il faut pour ces derniers éviter de culpabiliser les parents et en faire plus des alliés que des ennemis dans le but de créer une relation de confiance et finalement pouvoir soigner l'enfant (12-16). Ces praticiens se mettent à la disposition de la famille, dès qu'elle en fait la demande. Ainsi, l'un d'entre-eux nous explique le discours qu'il tient : « *Votre santé m'importe, mais c'est vous qui décidez si vous voulez être soigné. Je suis là pour vous* ».

D'autres vont encore plus loin. Le refus de soin est inimaginable (10), voire même illégal et il n'y a aucune légitimité à pénaliser un enfant qui n'est pas responsable de la négligence de ses parents (1). Pour ce dernier, il paraît également parfois difficile de juger de l'absence réelle ou non d'amélioration et de prendre seul la décision de ne pas soigner.

Pour d'autres praticiens (4-5-6-9-11-13-17) si l'état d'hygiène est toujours déplorable et que les parents ne semblent pas s'impliquer, aucun soin n'est entrepris.

Différents arguments sont avancés. Il s'agit tout d'abord d'obtenir une adhésion de tous au projet thérapeutique. Comment en effet obtenir des résultats si seul le praticien soigne (9) ? Dans ces conditions les soins ne peuvent être pérennes et soigner revient à perdre son temps et entreprendre une dépense d'énergie inutile.

Cette perte de temps est également évoquée par un praticien comme une perte de chance pour d'autres enfants qui ne peuvent bénéficier d'une prise en charge plus rapide à cause des délais d'attente, notamment en milieu hospitalier. De plus, ce dernier estime que si l'on soigne les dents lactéales de l'enfant (hors urgence), tant qu'il n'y a pas de changement des habitudes, c'est une réelle perte de chance d'avoir des dents permanentes saines pour celui-ci (6). Le rôle du chirurgien-dentiste est ainsi de préserver l'avenir de l'enfant.

**Enfin, les praticiens qui ne commencent pas les soins et tentent uniquement des nouvelles séances de prévention avouent avoir un nombre élevé de « perdus de vue » (3-11-14-18).**

#### 4-1-6 Réponse à la question 5

*Pensez-vous que l'amélioration du système de soins français passe par une responsabilisation du patient ? Si oui, par quels moyens peut-on responsabiliser les patients (en l'occurrence ici, les parents du jeune enfant) ?*

**100 % des personnes interviewées sont convaincues que l'amélioration du système de santé passe par une responsabilisation du patient** même si un praticien admet être de plus en plus pessimiste et découragé (14) ! Par ailleurs, en ce qui concerne les moyens utilisables, les avis divergent fortement.

La question de la **sanction financière** a toujours été rapidement évoquée. Certains praticiens sont ainsi convaincus de l'utilité d'une telle mesure. Comme pour la prévention routière et la peur du gendarme (1), il faut instaurer un système avec « la carotte et le bâton » (4).

Le remboursement des soins serait conditionné à l'assiduité aux rendez-vous de contrôle comme cela se fait dans certains pays Nordiques (3-5-15) ou en Grande-Bretagne. La question se pose alors pour les patients bénéficiant de la CMU et qui sont

donc dispensés de payer l'acte. Pour un praticien (2) il semble difficile d'instaurer un système qui pénaliserait des patients ne bénéficiant pas de la CMU.

Dans le cas des bénéficiaires de la CMU, d'autres sont prêts à aller jusqu'au prélèvement sur les allocations familiales (4) voire à supprimer la CMU (3). Un praticien nous avoue également que « *quitte à paraître extrême, je pense que la prévention devrait être très bien côtoyée et remboursée à 100 % alors que les soins ne le seraient pas pour inciter les patients à faire plus attention* » (13).

Quelques praticiens estiment toutefois que, à l'image des franchises médicales, ce système ne peut être généralisé à tous les patients, notamment ceux atteints de polyopathologies et pour lesquels on peut comprendre que les problèmes dentaires aient été relégués au second plan (5), ou encore que la participation financière devrait être proportionnelle aux revenus (15).

Pour d'autres cette sanction serait inutile. Elle risquerait de faire fuir un peu plus les patients des cabinets (8-17). De toute façon, elle serait inefficace. Un chirurgien-dentiste nous explique ainsi qu'il faut prendre l'exemple contraire : lorsque les patients ont la CMU et ont une dispense totale de frais, ils ne consultent toujours pas plus pour autant (12) ! Il suffit également de regarder l'Examen Bucco-Dentaire, théoriquement obligatoire à 6 ans et qui finalement ne touche que des populations sensibilisées (6-9). Mais dans ce cas, même si l'examen est obligatoire, l'absence de sanction explique aussi la faible participation.

Pour d'autres enfin, cette idée est difficilement applicable et politiquement incorrecte. Mais le coût des traitements et notamment ceux réalisés sous anesthésie générale devraient être portés à la connaissance des familles (11-18).

La deuxième solution évoquée est bien sûr la mise en place de **protocoles d'éducation thérapeutique**. Plusieurs praticiens pensent cependant que cette solution ne peut que renforcer un système d'assistantat qui ne permettra en rien de responsabiliser et d'impliquer les familles (2-8).

Autrement, les propositions sont variées mais un consensus se dessine autour de **visites précoces**, avant 4 ans pour la plupart et dès la grossesse pour d'autres (6-11). Un accompagnement de l'ensemble des familles et surtout des familles « à risque » doit être entrepris rapidement (10) et nécessite une collaboration étroite ainsi qu'une formation

de tous les acteurs de l'enfance, de la sage-femme au pédiatre ou au médecin traitant en passant par les infirmières ou encore les puéricultrices (3-5-6-11-19). Pourquoi pas non plus intégrer des chirurgiens-dentistes au sein des PMI (6-9) ?

Dans tous les cas il est nécessaire de **multiplier les sources d'informations**, de répéter les messages de prévention et d'insister sur le fait que les problèmes dentaires peuvent avoir des répercussions sur l'état général de l'enfant (15).

Une personne propose également la mise en place de consultations avec accès rapide et facilité voire un système de conseils téléphoniques (16).

Enfin, ces protocoles doivent véritablement être centrés sur l'enfant. Il est donc souhaitable de réaliser des interventions également à l'école afin de sensibiliser l'enfant qui souvent remontera l'information au niveau familial, une fois rentré chez lui (5-18).

#### 4-1-7 Réponse à la question 6

*De telles solutions sont-elles applicables à l'enfant polycarié et à ses parents ?*

L'idée essentielle à retenir de cette question est le **risque de stigmatisation** des enfants polycariés (5-7-9-12). Le fait de les intégrer dans des protocoles, de les dépister au plus tôt comme « enfants à risque » a souvent été évoqué.

La question de l'**autonomie** a également été posée (3), celle de l'enfant tout d'abord, qui ne peut choisir, celle des parents ensuite pas toujours aptes à comprendre les informations et les objectifs des traitements. Dans ces conditions, il paraît illégitime de sanctionner l'enfant en voulant responsabiliser les parents, finalement pas assez autonomes pour le faire !

Certains pensent donc que cela est très difficile (5-7-9-10-11-12) surtout pour des jeunes enfants alors que l'on peut imaginer le faire avec des adolescents (19). D'autres estiment quand même que ces mesures sont applicables et que la prise en charge « se mérite » (6-13). Si la communication est bonne et les « règles du jeu » bien définies, cela est possible (13-15) et fonctionnera pour au moins la moitié des familles (14).

Pour d'autres, il faut effectivement proposer une aide spécifique pour tous les enfants à risque carieux élevé (16).

#### 4-1-8 Réponse à la question 7

##### *4-1-8-1 Réponse à la question 7a*

*Seriez-vous prêt à conditionner la poursuite de vos soins à l'amélioration ou à l'arrêt des habitudes nocives ? Oui / Non.*

**Plus des deux tiers des praticiens interrogés (13 sur 19) avouent être prêts à conditionner la poursuite de leurs soins à l'amélioration ou à l'arrêt des habitudes nocives.**

##### *4-1-8-2 Réponse à la question 7b*

*L'avez-vous déjà fait ? Oui / Non.*

Pour cette deuxième question, **un peu moins d'un tiers des praticiens (5 sur 19) affirment avoir déjà refusé des soins en l'absence d'amélioration.**

Une petite précision doit être apportée pour les chirurgiens-dentistes qui réalisent des soins et avulsions sous anesthésie générale (45 % de l'effectif) et qui préviennent toujours les parents qu'il n'y aura pas de deuxième anesthésie générale ! Cette situation se produit malheureusement dans certaines familles où l'enfant a été pris en charge sous anesthésie générale vers l'âge de 3-4 ans, perdu de vue par la suite, et ne revient que trois ans plus tard avec un état dentaire à nouveau très détérioré.

##### *4-1-8-3 Réponse à la question 7c*

*Pour quelles raisons précises ?*

**Parmi les praticiens qui refusent les soins**, plusieurs raisons déjà évoquées sont confirmées.

Tout d'abord, l'idée que **les soins se méritent** et qu'il est nécessaire de constituer une **équipe** (13), que si l'on soigne coûte que coûte, la perte de temps est évidente, au détriment d'autres patients (4-6) et que finalement on ne fait que **décaler le**

**problème** (4). Par ailleurs l'enfant de toute façon ne viendra pas plus ensuite, même lorsqu'il sera suffisamment autonome car il reproduira le schéma familial (6).

En ce qui concerne les « enfants-rois » deux praticiens avancent le fait - sur le ton de l'ironie - que ces enfants sont au fond « suffisamment autonomes » (2-4).

**Parmi les praticiens qui ne refusent pas encore les soins**, l'idée de la **place de l'enfant** est au centre de leurs préoccupations (1-3-8-12-14).

L'un d'entre eux s'explique ainsi « *Je crois qu'il est difficile de forcer les gens mais il faut aussi les responsabiliser. Par contre lorsqu'il s'agit d'un enfant et de la carence de soins, on doit intervenir !* » (15).

Certains pensent également qu'à force de **réitérer les conseils** on peut obtenir un changement (2-15-16) et de toute manière, ceux pour lesquels la démarche ne fonctionne pas ne reviennent pas (15).

L'âge du praticien influence aussi fortement l'attitude, puisque les praticiens plus jeunes ont moins tendance à refuser, par manque d'expérience ou par ce qu'ils appellent un « optimisme de jeunesse » (17-18).

Deux praticiens acceptent la réalisation des soins mais ne procèdent pas à la réhabilitation prothétique en l'absence d'amélioration (8-19). L'absence d'hygiène est de toute manière une contre-indication à la réalisation d'une prothèse pédodontique.

Le fait que les parents se déplacent et viennent aux rendez-vous est aussi pour une des personnes interrogées, la preuve que même si il n'y a pas ou peu d'amélioration, la démarche est positive (2).

Enfin, si la plupart des chirurgiens-dentistes interrogés savent qu'ils ont le droit de refuser des soins à un patient en dehors de l'urgence et qu'ils assurent la continuité de la prise en charge en l'orientant vers un confrère par exemple, un praticien a soulevé le problème de la **preuve de l'information** (7).

Un autre évoque également les **réactions** éventuellement **agressives** de certains parents (17).

#### 4-1-8-4 Réponse à la question 7d

*Quelles en ont été les conséquences ?*

Pour les praticiens ayant refusé les soins, le plus gros problème reste le taux d'enfants « **perdus de vue** » (4-9) même si certains considèrent que pour la majorité des enfants on observe une nette amélioration par la suite (6-13).

De plus, la détresse de quelques parents est parfois dramatiquement perceptible et profondément déroutante. Même s'ils acceptent et comprennent la décision du praticien, ils sont parfois démunis face à l'attitude de leur enfant.

Un des praticiens (4) nous a ainsi confié une lettre écrite en mars 2006 par la maman d'une jeune patiente, et que nous retranscrivons fidèlement ci-après :

*« Bonjour Docteur (...),*

*Nous sommes désolé, le Père Noël n'a pas pu prendre les biberons de Charlana même la moutarde a aucuns effets et comme vous nous aviez dit que si Charlana gardait le biberon, vous ne voulez pas la soigner (les dents).*

*Donc, nous ne sommes pas venu. Nous continuons à négocier avec Charlana de temps en temps nous arrivons la journée sans biberon mais, le lendemain Charlana gagne le combat.*

*Nous vous remercions de votre intention envers notre fille. Nous vous prions d'agrèer, Docteur (...), nos salutations distinguées ».*

Un praticien admet ensuite que dans le cas où il est impossible d'impliquer les parents, il serait souhaitable de pourvoir faire appel à un **tiers institutionnel** pour avoir la possibilité de soigner l'enfant (6).

D'autres enfin, en faveur de la continuité des soins pensent pour leur part que le remplacement du tiers défaillant se fait souvent de manière naturelle, en la personne du grand-frère, d'une tante ou des grands-parents (3-6).

#### 4-1-9 Réponse à la question 8

*Pour ces derniers patients, quelles solutions proposeriez-vous pour éviter d' « abandonner » l'enfant sur le plan thérapeutique ?*

Pour répondre à cette question, nous utilisons les réponses des 13 personnes qui seraient prêtes à réaliser des soins sous condition.

Parmi ces derniers, deux attitudes semblent se dégager.

Les uns insistent sur le fait que la **démarche doit venir des parents** à qui il incombe de reprendre rendez-vous (4-8-9-11). Par ailleurs cela laisse aux parents la liberté de choix du praticien (5) si ils ne sont pas d'accord avec cette proposition.

Les autres vont donner un rendez-vous plus tard, une **deuxième chance** dans un délai de 15 jours (2) à 2 mois (1-4), le plus souvent en fonction des disponibilités du praticien. L'un d'entre-eux nous explique ainsi que le refus n'est jamais définitif : *« c'est simplement dire : tes dents sont beaucoup trop sales pour que je puisse les soigner »* et de rajouter *« je ne lâche pas l'enfant dans la nature, je lui donne un autre rendez-vous pour réévaluer. S'il ne revient pas, c'est alors lui qui abandonne ! »*.

Par contre, dans tous les cas, les personnes interrogées ont insisté sur le fait que la **prévention devait être revalorisée** fortement, pour inciter les praticiens également à l'enseigner. La collaboration avec les médecins traitants, les pédiatres, les écoles doit être étendue.

A la question de la mise en place des **hygiénistes** en France presque tous les praticiens y sont favorables. Le problème de la démographie des chirurgiens dentistes est évoqué. La mise en place de cette profession permettrait d'augmenter l'offre de soin et de déléguer les actes de prévention.

Toutefois, quelques-uns considèrent que la prévention fait partie intégrante de notre métier et que même si dans le principe, l'idée peut être louable, il sera nécessaire de bien définir les objectifs et limites de chacun.

Mais c'est également la culture de la **prévention** qui doit être développée, tant pour les parents que pour les praticiens. Une des personnes interrogées nous signale son désarroi lors des rendez-vous où seule la prévention est enseignée. Les parents reprochent alors souvent au praticien de n'avoir rien fait (1) ! « *Cette prévention est véritablement sous valorisée. Au Canada, une heure et demi de prévention réalisée par un hygiéniste est facturée près de 200\$* » (2). Elle est également **tabou**. Il paraît ainsi blessant de parler d'hygiène en France, alors que finalement les patients semblent heureux lorsque que le praticien aborde le sujet (8).

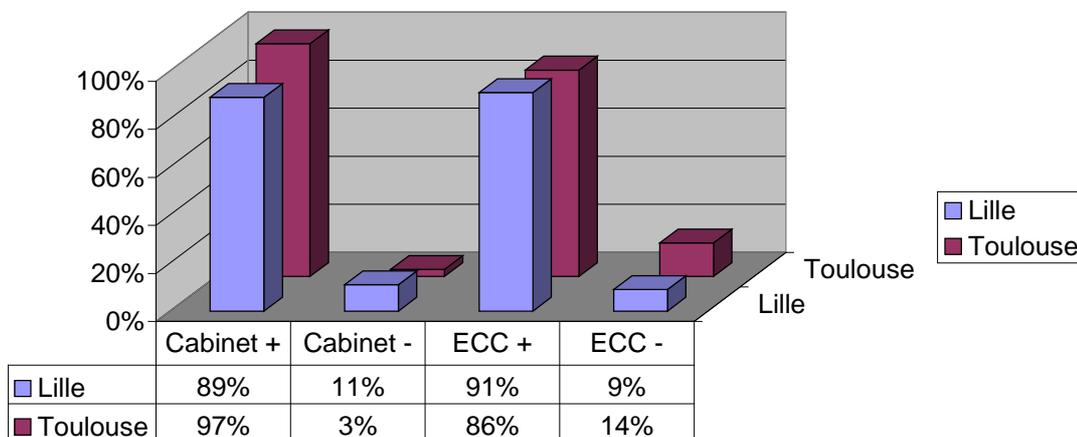
L'idée de visite très précoce (dès 1 an) à également été avancée plusieurs fois.

Des problèmes se posent cependant quant au nombre nettement insuffisant de praticiens qui pourraient et qui auraient envie de la mettre en place. A ce propos, un praticien avoue son indignation face à quelques confrères qui ne veulent pas prendre en charge des jeunes enfants au prétexte que « *les dents de lait ne se soignent pas, mon instrumentation est trop grosse pour la bouche des enfants* » !

#### 4-2 Analyse des questionnaires aux étudiants en chirurgie dentaire de 6<sup>ème</sup> année

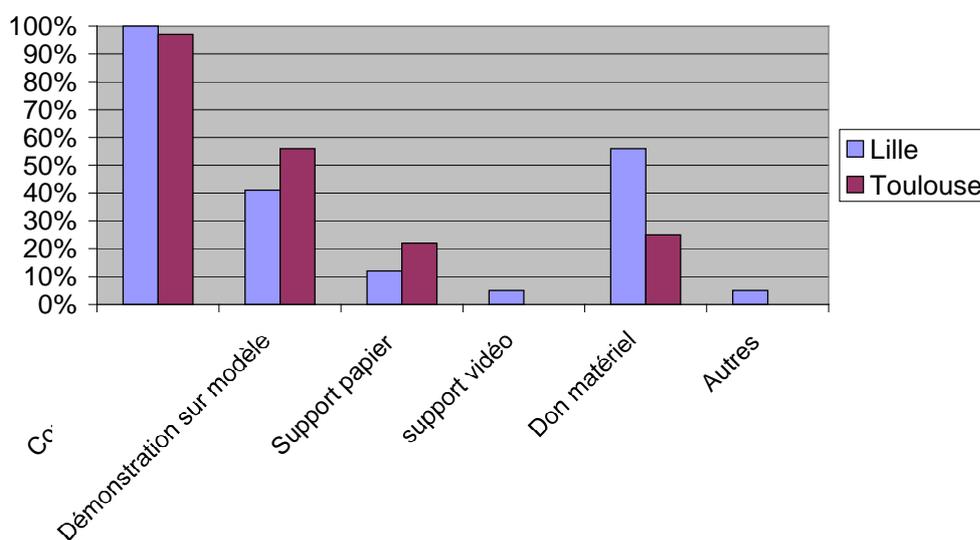
82 questionnaires (Annexe n°3) ont été renseignés pour les deux facultés. (Lille, n1=45 ; Toulouse, n2=37). Sur ces 82 étudiants, 73 travaillent en cabinet et ont déjà rencontré dans ce cadre des enfants atteints de polycaries (soit 89 %) (Figure n°5).

**Figure n°5: question n°1: Nombre d'étudiants travaillant en cabinet et ayant reçu des enfants atteints de caries précoces**



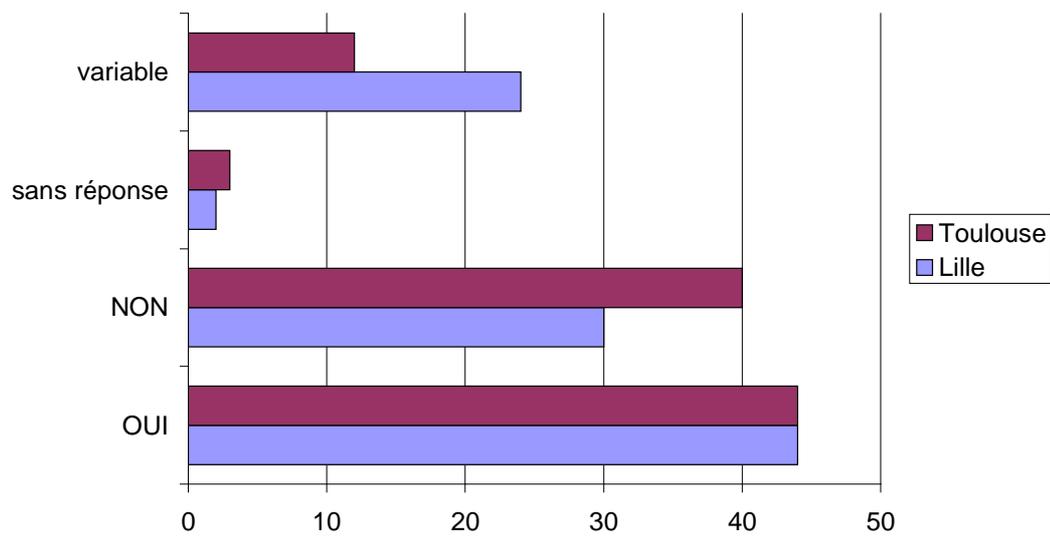
Les conseils oraux demeurent pour l'ensemble de ces étudiants le moyen le plus utilisé (près de 100 % des étudiants) pour promouvoir la santé bucco-dentaire. La démonstration sur modèle et sur l'enfant en mettant à disposition le matériel nécessaire le jour du premier rendez-vous est également fréquent (Figure n°6).

**Figure n°6: question n°2: Quels moyens avez-vous utilisé pour informer et motiver enfants et parents à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire?**



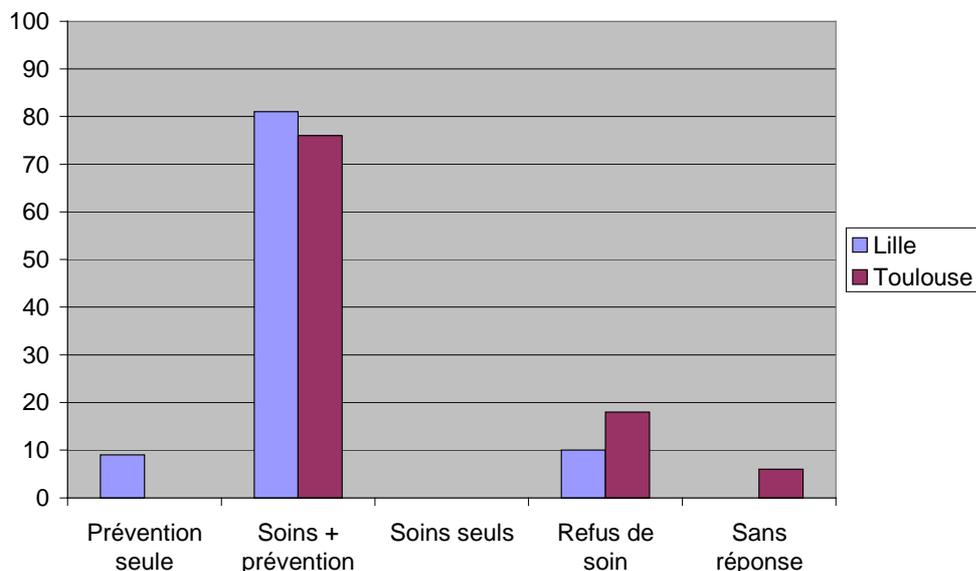
Malheureusement suite à ces messages, les étudiants ne constatent qu'une **amélioration des habitudes dans moins de 45 % des cas** (Figure n°7).

**Figure n°7: question n°3: Suite à cela, avez-vous constaté une amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et buccodentaire?**



Dès lors, la majorité des étudiants vont commencer les soins au deuxième rendez-vous, tout en réitérant les messages de prévention. Seuls 9 % des étudiants lillois vont réaliser une nouvelle séance de prévention seule. Le taux de refus de soins complet est très faible, mais un tout petit peu plus élevé à Toulouse (Figure n°8).

**Figure n°8: question n°4: Si non, quelle attitude avez- vous adopté?**



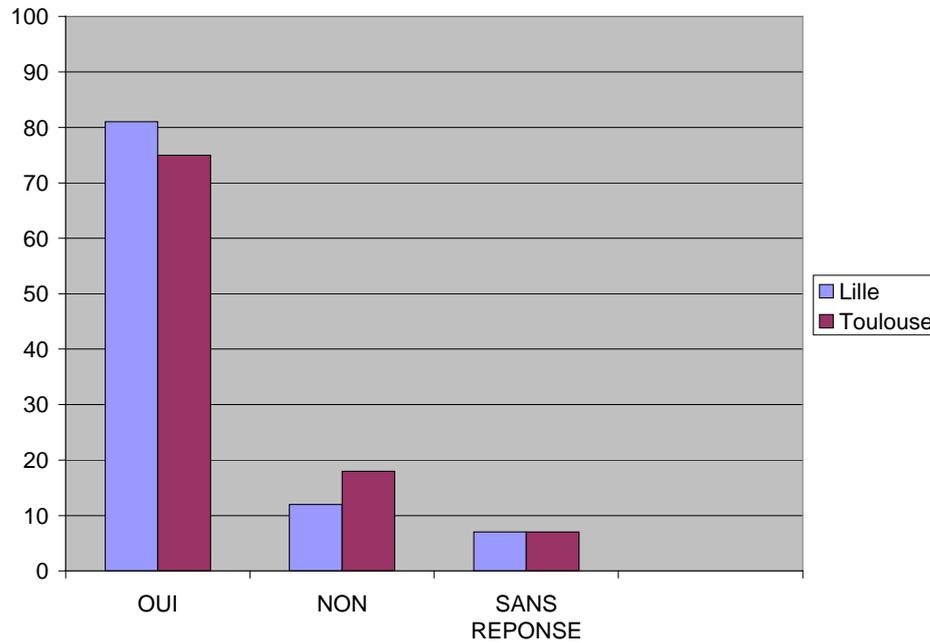
Dans le cas où il y a refus de soins, les étudiants reconvoquent l'enfant dans un délai de 15 jours à 1 mois, ne font rien ou l'adressent à un confrère (Réponse à la question 5).

Dans les cas où les étudiants n'ont pas refusé les soins, les arguments les plus fréquemment avancés sont la présence de douleur ou d'infection. Cela démontre que ces étudiants n'ont pas toujours compris que dans le cadre de l'étude, on se situait hors contexte d'urgence.

Les autres arguments sont : l'absence de douleur ce jour là mais la peur de devoir gérer l'urgence par la suite, une aide à la prise de conscience de l'intérêt de soigner, pour « limiter les dégâts » ou encore « avoir bonne conscience » (Réponse à la question 6).

Malgré ces arguments, **78 % des étudiants se disent prêts à envisager des soins sous conditions**. Le pourcentage est légèrement supérieur à Lille (plus de 80 % des étudiants lillois contre près de 75 % des étudiants toulousains) (Figure n°9).

**Figure n°9: question n°6 bis: Seriez-vous prêts à envisager des soins sous conditions?**

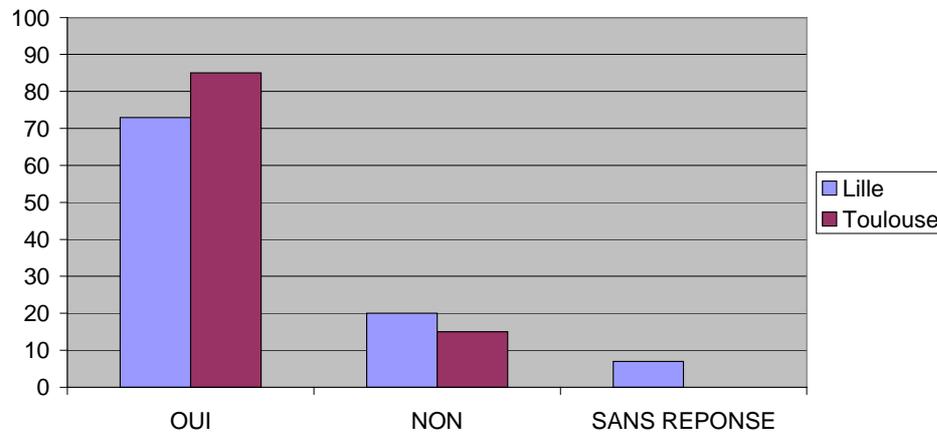


Cette intention est à comparer au fait que les étudiants sont massivement convaincus que la responsabilisation des parents et leur implication dans la relation thérapeutique passe par des « soins sous conditions » (78 % pour les effectifs cumulés).

Toutefois des différences de perception existent entre Lille et Toulouse. En effet, **même si les étudiants lillois pensent qu'il faut éventuellement mettre en place ces soins sous conditions (80 %) tous ne sont pas convaincus que cela permette de responsabiliser les parents (72 % - Figure n°10).**

Par contre **les étudiants toulousains estiment à plus de 80 % que la responsabilisation des parents passe par cette démarche (Figure n°10) mais ils ne sont que 75 % à l'envisager (Figure n°9).**

**Figure n°10: question n°7: Pensez-vous que la reponsabilisation des parents et leur implication dans la relation thérapeutique passe par des soins "sous conditions"?**

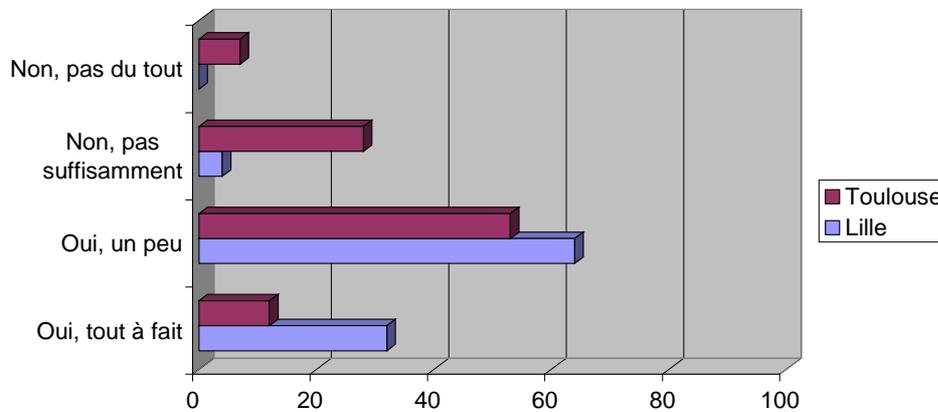


La question 8 est une question ouverte. Elle vise à recueillir l'avis de ces étudiants sur les autres moyens à utiliser pour obtenir une implication et une responsabilisation des parents. 78 % des étudiants lillois ne proposent aucune solution contre 55 % à Toulouse.

Lorsqu'elles sont avancées, les propositions concernent : le dialogue et la culpabilisation, la valorisation de l'enfant, la mise en place d'hygiénistes, l'éducation des parents, la mise en place de guides de bonnes pratiques à l'échelle nationale, l'intervention en école et le développement de moyens éducatifs tels que des jeux de société.

Enfin, la question 9 a pour but d'évaluer ce que pensent les étudiants de l'enseignement qui leur a été dispensé sur le sujet au cours de leur formation initiale (Figure n°11).

**Figure n°11: question n°9: Pensez-vous avoir été préparés durant votre formation initiale à la prise en charge de tels patients?**



#### 4-3 Synthèse des résultats.

19 entretiens semi-directifs et 82 questionnaires aux étudiants de 6<sup>ème</sup> année sont analysés.

Pour les entretiens semi-directifs, la majorité des praticiens rencontrent un nombre élevé d'enfants atteints de caries précoces.

**100 % des praticiens interrogés sont convaincus que l'amélioration du système de santé passe par une responsabilisation du patient.**

Plus de **deux tiers des praticiens se disent prêts à conditionner la poursuite des soins**, hors contexte d'urgence, **à l'amélioration ou à l'arrêt des habitudes nocives**. Parmi ces derniers, un peu moins d'un sur deux l'a déjà fait.

En ce qui concerne les étudiants de T1, 89 % des étudiants travaillent en cabinet et ont déjà rencontré des enfants atteints de polycaries.

**78 % des étudiants sont convaincus que la responsabilisation des parents et leur implication dans la relation thérapeutique passe par des soins sous conditions. Ils sont également 78 % à se dire prêts à les envisager.**

## 5- Discussion

### 5-1 Le sens du soin en odontologie pédiatrique

Dans l'inconscient collectif et malheureusement dans l'esprit de certains chirurgiens-dentistes, les dents de lait ne sont pas importantes car elles vont tomber [36] ! Le commentaire désespéré d'un chirurgien-dentiste interviewé est éloquent « *les dents de lait ne se soignent pas, mon instrumentation est trop grosse pour la bouche des enfants* ».

Et d'une manière générale, les affections bucco-dentaires ont une prévalence très élevée mais sont considérées à tort comme généralement sans gravité ou tout au moins peu invalidantes. De ce fait, de nombreux patients, et surtout ceux appartenant à des populations défavorisées, ne consultent qu'en situation d'urgence.

Il est donc logique de retrouver une forte proportion d'enfants porteurs de caries précoces dans la patientèle de nos praticiens interrogés, et ce quelque soit la région d'exercice. Le constat est d'ailleurs similaire pour les étudiants qui ont participé à l'enquête.

Malgré le recours parfois nécessaire à l'anesthésie générale, thérapeutique lourde et invasive, la prise de conscience des parents ne s'effectue pas toujours. Foster and al. montrent ainsi que des enfants opérés sous anesthésie générale présentent à nouveau de nombreuses caries dentaires deux ans après l'intervention. Le constat est encore plus vrai pour les enfants qui ne sont pas venus aux rendez-vous de contrôle [37].

La cavité orale revêt pourtant une **fonction symbolique** essentielle. Placée au carrefour des voies aéro-digestives, elle permet la nutrition et l'oralité. Elle est un lieu d'échange, d'affection, de découverte et de mémoire.

Le développement de l'enfant passe par l'expérience de la bouche et il y porte d'ailleurs nombre d'objets dès le plus jeune âge. Négliger la bouche revient alors à priver l'enfant d'une partie essentielle de sa personne.

L'atteinte des organes dentaires et les avulsions qui s'en suivent peuvent être vécues comme une véritable castration au sens de la psychanalyse freudienne.

Par ailleurs, négliger l'esthétique de ce lieu d'échange conduit à contrarier le développement de relations sociales épanouies.

Dans ces conditions, quel peut être le sens du soin en odontologie et particulièrement en odontologie pédiatrique ? Comment comprendre que des parents persistent dans des conduites à risque pour l'enfant ?

Est-ce un problème d'ignorance, de négligence ou finalement d'une divergence entre notre **norme de santé** en tant que soignant et celle que les parents peuvent avoir pour eux-mêmes et leurs enfants ? La fonction symbolique et les rôles que la bouche doit jouer sont visiblement différents pour le chirurgien-dentiste et pour ces parents.

Les résultats des entretiens à la question 1 sur les facteurs qui expliquent la pathologie, mettent en évidence cette méconnaissance des conditions à remplir pour être dans un bon état de santé. Dès lors, il est facile de comprendre que ces parents possèdent leurs propres normes. En fonction de leur vécu, de la reproduction d'habitudes familiales ou encore dans un but de satisfaire l'enfant, ils adoptent des attitudes différentes.

Le philosophe et historien des sciences et de la médecine Georges Canguilhem a proposé de concevoir le normal et le pathologique à partir d'une compréhension de la vie comme subjectivité.

Le normal et le pathologique sont des normes individuelles, propres à chaque organisme. Pour déterminer l'état normal ou pathologique d'un individu vivant il faut en quelque sorte adopter son propre point de vue, un point de vue subjectif sur son expérience de vie et sa relation au milieu, et évaluer la qualité qu'il leur attribue lui-même [38].

Cette notion de subjectivité est essentielle à considérer. Elle peut expliquer l'échec d'une politique de prévention qui n'en tiendrait pas compte.

Comme le médecin face à son malade, le chirurgien-dentiste doit adopter le point de vue du patient sur sa propre existence, avant d'adopter son point de vue de soignant sur son organisme. Il doit comprendre l'expérience subjective, avant d'avoir recours au savoir objectif – la première donnant alors tout son sens à la seconde - [38].

Il s'agit donc de construire une nouvelle norme acceptable par les différents acteurs de la relation de soin afin d'éviter « le pathologique, [qui] n'est pas l'absence de norme biologique, [c'est] une autre norme mais comparativement repoussée par la vie » [39].

Cette norme doit être compatible avec un état de santé défini par l'OMS comme un « état de complet bien être, physique, social et mental [qui] n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette norme passe alors nécessairement par une modification des habitudes et des comportements.

Afin d'atteindre ces objectifs, la relation qui s'instaure avec le praticien crée des droits et des devoirs réciproques, il s'agit d'un contrat de soin.

## 5-2 La nature du contrat

### 5-2-1 Une relation contractualisée de longue date

La constitution française ainsi que la Déclaration des Droits de l'Homme permettent à tout individu d'avoir un libre et égal accès aux soins. D'un droit cela est devenu une obligation où la dérive veut, qu'à l'heure actuelle, l'homme contemporain réclame un droit à une meilleure santé. D'ailleurs, il faut bien se rendre compte que les professionnels de santé sont parfois considérés comme des prestataires de services [40]. C'est particulièrement le cas en chirurgie dentaire. Les patients consultent généralement pour répondre à une demande esthétique ou fonctionnelle. Autrement, il s'agit de soulager rapidement douleur et infection.

Dans notre discipline, les parents d'enfants polycariés consultent devant la répétition des phénomènes infectieux et douloureux, ou lorsqu'ils se rendent compte « enfin » du problème esthétique. Dès lors, il est demandé au praticien d'agir au plus vite et si possible sans trop de contraintes pour eux-même. Ils sont alors clairement demandeurs d'une prise en charge sous anesthésie générale.

Jusqu'en 1936, la relation médecin-malade est considérée comme une simple rencontre entre deux personnes. Après l'**arrêt Mercier**, cette relation est considérée comme un contrat entre le médecin, qui est alors tenu à une obligation de moyens et le patient qui doit s'acquitter du paiement des honoraires. Dans le cadre de ce contrat, le patient doit consentir aux soins qui lui sont prodigués; ce consentement doit être libre, conscient et éclairé [41].

En 1950, le Professeur Louis Porte, président du conseil de l'ordre des médecins, caractérisait le patient comme « un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver ou tout simplement à guérir »[42]. Ainsi, c'était selon l'expression, une confiance qui rejoignait librement une conscience.

Depuis la **loi du 04 mars 2002**, dite de « démocratie sanitaire », le patient a pris une part de plus en plus importante dans la décision. Cette loi sur les droits des personnes malades et la qualité du système de santé a ainsi satisfait le souhait des patients de voir rééquilibrée la relation médecin-malade.

Un rôle plus important leur est donc reconnu notamment lorsqu'il s'agit de prendre une décision médicale qui les concerne. Il s'agit par ce moyen de ré-équilibrer la prise en compte du principe de respect de l'autonomie face aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance qui jusqu'ici gouvernaient la décision du médecin : « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »<sup>5</sup>.

L'idée que chaque acteur de la relation médicale est détenteur de droits mais également de devoirs se renforce donc.

---

<sup>5</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 ; JO n°54 du 5 mars 2002, p4118

### 5-2-2 Des droits et des devoirs partagés

Le contrat de soin est un **contrat civil**. C'est « une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose » (article 1101 du code civil).

C'est un contrat à titre onéreux et conclu **intuitu personae**. Il permet ainsi un des grands principes de la médecine libérale: le libre choix du praticien. C'est par ailleurs un contrat **synallagmatique**. Il fait naître entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes [41].

Le **praticien** se doit de respecter la **dignité humaine**. Le chirurgien-dentiste exerce ainsi sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine (article 2 du code de déontologie des Chirurgiens-dentistes) . Il doit également respecter le **principe de non discrimination** et soigner avec la même conscience tous ses patients.

Le **patient**, pour sa part, s'engage à suivre les prescriptions du praticien et à l'avertir de tout changement de son état de santé. Il s'engage à rémunérer le chirurgien-dentiste pour les soins dispensés. Le contrat est donc moral et économique.

*Le chirurgien-dentiste peut-il alors refuser ses soins ?*

Sur un plan juridique, le contrat étant un contrat civil, en cas d'inexécution de l'une des parties, l'autre partie peut refuser d'exécuter la sienne. C'est le **principe de l'exception d'inexécution** [41].

Toutefois, le contrat est résiliable unilatéralement. En effet, pour le patient, cette faculté est absolue alors que pour le praticien, il s'avère obligatoire d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence.

En matière dentaire, seul le code de déontologie vise expressément la situation de refus de soins. Il en résulte que, **hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles** (article 26 du code de déontologie des Chirurgiens-dentistes).

Ce droit doit respecter certaines conditions :

- de ne jamais nuire de ce fait à son patient
- de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Ce refus de soin peut avoir lieu dans les cas suivants :

- le refus de soin s'impose en cas d'impossibilité d'exécuter l'acte (compétence insuffisante, personnels ou dispositifs médicaux inadaptés).
- lorsque le patient sollicite des soins jugés inadaptés par le chirurgien-dentiste.
- en dehors de l'urgence pour des raisons d'emploi du temps (agenda complet). Il est alors nécessaire d'orienter le patient.
- sauf urgence lorsque le patient reste débiteur d'honoraires qu'il s'obstine à ne pas payer.

A t-on le droit de refuser des soins à un patient qui n'adhère pas à nos protocoles thérapeutiques ?

Le deuxième item semble aller dans notre sens. Les soins pourraient être ainsi jugés inutiles et inadaptés si le patient ne s'engage pas à respecter certaines conditions (amélioration de l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire). Ces conditions sont nécessaires pour réaliser des soins durables et pérennes.

En cas de litige, le patient pourrait invoquer la loi du 4 mars 2002 qui proclame « le droit fondamental à la protection de la santé » et affirme que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés ».

Mais, arguer que ces articles n'interdisent pas expressément le refus de soin semble de faible portée, car dans l'esprit sinon dans la lettre, la loi du 04 mars s'oppose à la possibilité de refuser les soins.

Toutefois, le praticien pourrait présenter une analyse combinée du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie (article 26) dont les juges ont consacré la valeur juridique. Ce dernier texte autorise le chirurgien-dentiste à refuser de soigner un

patient pour raisons personnelles ou professionnelles sauf « le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité » [43].

Mais le problème reste que, même si dans ces conditions le refus de soins peut être opposé, il s'applique dans notre problématique à un enfant, être vulnérable et non autonome. Pour l'ensemble des praticiens interrogés cela constitue le frein majeur à la mise en place de soins sous conditions.

Par ailleurs il faut garder à l'esprit que l'adhésion au contrat et le refus de soins éventuel doivent bénéficier d'un consentement libre et éclairé.

### 5-2-3 L'importance d'un consentement éclairé

#### *5-2-3-1 Le cadre général du consentement*

Le concept du consentement éclairé fait partie du critère de validité du contrat de soins. Par essence même, il paraît difficile de consentir sans être au préalable informé.

Donner une place au consentement, c'est reconnaître la liberté des patients et adhérer au principe d'autonomie. Le consentement apparaît alors comme le contre-pouvoir au paternalisme médical [41].

L'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé, s'est concrétisé, en France, dans le code de déontologie médicale (1995), et à travers différents textes de lois : loi Huriet encadrant les essais cliniques<sup>6</sup>, lois de bioéthique (1994 révisée en 2004)<sup>7</sup>, loi dite Kouchner en 2002<sup>8</sup>.

Le consentement éclairé présuppose la connaissance de la vérité et elle sanctionne la règle du secret en associant le patient aux risques encourus dans son traitement, faisant ainsi du patient un partenaire du combat commun engagé contre la maladie. Paul Ricoeur parle ainsi de « pacte de soins » [44].

---

<sup>6</sup> Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales ; JO du 22.12.1988, p16032-16035.

<sup>7</sup> Loi n°94-630 du 25.07.1994 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

<sup>8</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 ; JO n°54 du 5 mars 2002, p4118.

Mais la dimension symbolique de la fonction médicale se manifeste par des effets de soumission et d'inhibition chez le malade. En même temps, elle est un des ressorts de la confiance. Le consentement est au cœur de cette contradiction. Le consentement est contradictoirement soumission à la suprématie médicale et réappropriation par le patient d'une partie de ce pouvoir [45].

En fait, le consentement véritablement éclairé ne semble pas exister. Car le dialogue humain est soumis à la structure du malentendu. Malentendu du patient qui prête au médecin plus qu'il n'en sait. Malentendu de l'homme de l'art, dont le savoir spécialisé ne rejoint pas l'expérience émotionnelle du malade. Le consentement libre et éclairé ne serait-il alors qu'un mythe ?

D'un point de vue juridique, l'article L.1111-4 du Code de la santé publique définit cette idée de consentement « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être ainsi pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...).

#### *5-2-3-2 Le cas spécifique du mineur*

L'enfant appartient à une **population vulnérable**. Le mineur est défini par l'article 388 du code civil comme « un individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a pas encore l'âge de 18 ans accompli ». Il reste sous l'autorité de son père et de sa mère jusqu'à sa majorité ou son émancipation.

Les principaux facteurs de vulnérabilité spécifiques aux enfants sont les suivants :

- Une capacité légale et psychologique limitée pour obtenir un consentement éclairé.

- Une immaturité potentielle du point de vue cognitif, social et émotionnel
- Une autodétermination influencée par des contraintes externes
- L'universalité de la dépendance des enfants

**Les enfants sont ainsi la seule population vulnérable qui se trouve sous la responsabilité d'une autre classe d'individus, clairement définie [46].**

Alors, même si la minorité n'implique pas nécessairement l'incompétence, même si de plus en plus l'avis des enfants prend une place importante dans la vie courante, et que la médecine, en tant que pratique sociale, n'échappe pas à cette évolution des rôles et des places de chacun, les parents restent détenteurs de l'autorité et de la décision. Cela est d'autant plus vrai pour les très jeunes enfants.

La loi du 4 mars 2002 dispose cependant que le consentement du mineur doit systématiquement être recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. En principe, le droit considère que le mineur est pourvu de discernement à l'âge de 15 ou 16 ans [43].

De nombreux textes nationaux et internationaux en faveur des droits de l'enfant ont été élaborés (charte de l'enfant hospitalisé en 1988, convention internationale sur les droits de l'enfant en 1989...). Ils incitent à tenir compte de l'avis de l'enfant. Mais les décisions sont bien sûr prises au final par les détenteurs de l'autorité parentale [47].

La mise en place de soins sous conditions pénalise donc directement l'enfant qui ne pourra librement et de manière autonome changer ses habitudes si ses parents ne le font pas.

Dès lors il convient d'utiliser plus le principe de bienfaisance qui semble mieux adapté au problème de la décision des soins pour un mineur. Le bien de l'enfant doit être recherché, dans le respect de ses facultés de compréhension et de choix au moment de la décision. Cette bienfaisance est requise par le fait que le médecin qui donne les soins prend une responsabilité envers son patient, quel que soit son âge, et par le fait que les parents sont dépositaires d'une responsabilité dans l'éducation et la santé de leur enfant [47].

Les soins sous conditions dans un but de responsabiliser les parents et de développer la santé de l'enfant ne semble plus légitime sous cet angle !

La place de l'enfant et le risque que le refus de soin peut lui faire courir sont ainsi les raisons essentielles pour lesquelles certains praticiens ne sont pas prêts à réaliser des soins sous conditions.

### *5-2-3-3 Autonomie et consentement*

« Consentir suppose en pratique une double compétence : celle de pouvoir comprendre et celle de pouvoir se déterminer librement. Il ne peut donc y avoir consentement sans autonomie » [48].

Il convient donc de respecter cette autonomie telle que la décrivent T. Beauchamp et J. Childress : « Respecter un individu autonome, c'est au minimum, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances » [49].

Sur un plan philosophique, Kant est aussi un grand défenseur de l'autonomie. Il considère ainsi que l'individu doit être créateur de sa propre norme et que cette norme pour être acceptable doit être universelle : « Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle » [50]. Son travail est une des sources de réflexion essentielle sur la prise en compte de l'autonomie dans le cadre du soin ou dans celui de la recherche biomédicale.

**Mais le problème qui se pose est de savoir quel est finalement le degré d'autonomie de ces parents ?** Ils sont responsables de leurs enfants mais pas toujours aptes à comprendre l'importance de la santé pour eux-même ! Comment vont-ils pouvoir consentir à un soin sous conditions alors qu'ils n'en percevront pas l'intérêt ? Dès lors, ils risquent de fuir les cabinets et les conséquences seront dramatiques pour les enfants qui n'auront plus accès aux soins. C'est toute la question du **tiers défaillant** qui se fait jour. Certains praticiens ont exprimé l'idée que lorsque les parents ne semblaient pas aptes à modifier les habitudes, ils insistaient pour que les grands parents ou un grand frère jouent le rôle du tiers responsable. Dans certains cas, cela se faisait naturellement. Malheureusement même si ces derniers jouent un rôle important, le problème demeure quand l'enfant rentre au domicile familial.

Un autre problème se pose lorsque des parents séparés, ne suivent pas les recommandations du praticien. Comme certaines réponses aux entretiens nous l'ont indiqué, il n'est pas rare de voir des parents se reprocher mutuellement l'absence de suivi des conseils du chirurgien-dentiste et de reporter sur le conjoint la responsabilité de l'absence de changement.

Sur un plan légal, s'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre.

Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du procureur de la République, lequel a faculté de saisir le juge des enfants<sup>9 10</sup>.

Ce cas de figure est rare, et généralement nous ne devons pas avoir recours à cette procédure.

#### *5-2-3-4 La question de l'information*

Pour consentir librement il faut aussi, préalablement, avoir reçu une information claire et loyale. Malheureusement, le constat est souvent réalisé : les parents ne retiennent qu'une toute petite partie de l'information. La reformulation est difficile et les mauvaises habitudes reprennent rapidement le dessus. Finalement, les praticiens ne vérifient la compréhension de l'information que lors des rendez-vous suivants. La compréhension de celle-ci est alors objectivée par la modification des habitudes. Il est donc essentiel de revoir parents et enfants et de n'imposer une contrainte qu'au bout de plusieurs rendez-vous, si aucun changement n'est véritablement engagé.

L'information doit être modulée en fonction des compétences de compréhension des parents. C'est la raison pour laquelle une information écrite sous forme de plaquette ne suffit pas. Comme nous l'ont indiqué les réponses aux entretiens, l'utilisation de

---

<sup>9</sup> Loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance. JO du 19.12.1989 – pp 15735-39.

<sup>10</sup> Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JO n°55 du 6 mars 2007 - p 4215.

modèles de démonstration, des photos ou encore des vidéos doivent constituer des supports indispensables.

Par ailleurs, l'attitude du praticien, les mots utilisés, l'usage de la compassion ou de la peur seront autant d'éléments qui feront de l'information soit un acte de relation et de partage soit un acte de pression sur le patient [48]. Si l'information est donnée loyalement, par étapes et en confiance elle portera ses fruits !

Certains praticiens ont soulevé le problème de la preuve de l'information dans le cadre du contrat de soin. Une preuve d'information par la production d'un papier signé ne suffit pas. Il est difficile de normaliser l'information et souvent l'oralité a finalement plus de place et de sens que l'écrit.

Un délai de réflexion est cependant nécessaire. Le praticien doit s'assurer de donner le choix à ses patients et vérifier que l'information est comprise. La bonne tenue du dossier médical prend ici toute son importance.

#### 5-2-4 Du contrat à la contrainte

Le praticien se doit donc de respecter la personne humaine, ce qui peut se décliner en trois exigences essentielles :

- Une exigence du respect de l'autonomie, puisque le médecin doit traiter l'autre comme un autre « je » dans un rapport de reconnaissance réciproque.
- Une exigence de bienfaisance puisque la prise en charge médicale impose de conduire un bénéfice pour le patient, et pour que ce bénéfice soit réel il faut que ce patient, en situation d'autonomie, l'évalue lui même comme tel.
- Une exigence d'équité puisque respecter autrui signifie ne pas stigmatiser, ne pas introduire de discriminations et avoir en vue un souci de solidarité collective car les prescriptions médicales renvoient, d'une part, à un certain choix du lien social et, d'autre part, s'insèrent dans un système d'offres et de ressources limitées qu'il s'agit de répartir au mieux [38].

Le contrat de soin est ainsi difficile à mettre en place s'il veut répondre à l'ensemble de ces principes.

Il sera d'autant plus difficile de l'appliquer, qu'à l'heure actuelle, un des problèmes majeurs qui se pose en terme d'éducation des enfants est la **démission parentale**.

Aujourd'hui, être parent n'est pas toujours facile et les difficultés parentales concernent toutes les catégories sociales. Dans une société qui est plus ouverte et plus éclatée, où les repères éducatifs sont de moins en moins nets, où l'autorité ne va plus de soi, certains parents, plus que démissionnaires, sont souvent désorientés, désemparés. Confrontés à la solitude et à l'isolement, parfois mal reconnus dans leurs rôles et leurs difficultés par des professionnels, des enseignants, ils peuvent renoncer [51].

Dans ce contexte, la mise en place de soins sous conditions s'entend pour responsabiliser les parents et insister sur leur rôle.

Mais ne risque-t-elle pas d'être ressentie comme une nouvelle contrainte insurmontable et aboutir à une fuite des cabinets dentaires ? Dès lors la protection de l'enfant et la sauvegarde de l'intérêt supérieur de notre jeune patient ne seront plus assurées.

En cas de mise en place de soins sous conditions, des mesures d'accompagnement et de contrôle à plus ou moins long terme doivent être mises en place. Les praticiens et les étudiants interrogés en sont d'ailleurs bien conscients. Soit ils donnent un nouveau rendez-vous dans un délai de un ou deux mois, soit ils insistent pour que la démarche soit effectuée par les parents. Mais dans tous les cas, ils ne ferment jamais définitivement la porte de leurs cabinets.

### 5-3 Le recours au soin sous conditions en odontologie pédiatrique, une contrainte légitime ?

#### 5-3-1 L'utilisation de la contrainte en odontologie, exemples internationaux

Lorsque le message préventif et l'information ne produisent aucun effet, il vient à l'esprit de mettre en place une condition aux soins. Quelle peut être alors la nature de cette contrainte ? Comment la rendre efficace et comment la mettre en place ?

L'analyse de différentes expériences étrangères est intéressante à réaliser. Aux **Pays-Bas** et au **Danemark** par exemple, la prévention dentaire active repose sur un principe essentiel : un **contrôle biannuel** de l'état dentaire, gratuit et **obligatoire** jusqu'à 18 ans, et ceci depuis 1946 aux Pays-Bas et 1971 au Danemark.

Au cours de ce contrôle biannuel, les actes dentaires de prévention, le dépistage des lésions initiales, le détartrage ou encore le scellement des sillons sont réalisés.

Aux **Pays-Bas**, les **remboursements sont liés** partiellement ou totalement **au respect de cette obligation**. Ces actes dentaires de prévention, initialement organisés dans le cadre scolaire, sont maintenant aux Pays-Bas très largement effectués par les chirurgiens-dentistes libéraux secondés par des hygiénistes. L'hygiène individuelle est favorisée dans la plupart des écoles par la mise en place de lavabos où les enfants peuvent se laver les dents [52].

Cette contrainte financière est également mise en place en **Grande-Bretagne**. L'assiduité aux rendez-vous est essentielle. Le National Health Service (NHS) autorise le praticien à demander des honoraires au patient si ce dernier a manqué son rendez-vous et n'a pas prévenu [53].

En **Allemagne**, les assurés ont obtenu à partir de 1989 un remboursement d'autant plus important qu'ils se sont soumis régulièrement à des visites chez leur chirurgien-dentiste. Ainsi, environ **50 % des frais pour les soins dentaires sont à la charge des patients et cette participation est réduite à 15 % s'ils effectuent des contrôles réguliers** [54].

En 20 ans, dans l'ensemble de ces pays, l'indice carieux a chuté de manière spectaculaire [1].

### 5-3-2 L'utilisation de la contrainte dans d'autres disciplines

En **France**, la mise en place d'une contrainte financière fait débat. L'analyse des réponses des praticiens interrogés lors de l'étude montre ainsi que la question ne fait pas l'unanimité. Si certains considèrent qu'elle serait un moyen de responsabiliser les parents, d'autres pensent qu'elle serait préjudiciable à l'enfant. Par ailleurs, de nombreux enfants polycariés appartiennent à une population défavorisée et bénéficient

de ce fait de la couverture maladie universelle. La seule contrainte qui pourrait être applicable serait de supprimer cette couverture ou de supprimer les allocations. Mais les conséquences pourraient être fâcheuses pour l'enfant, même si ces allocations ne lui bénéficient pas toujours directement. Dans tous les cas, les praticiens et l'opinion publique ne semblent pas prêts à de telles mesures.

Il est alors surprenant de constater que cette mesure est admise depuis longtemps dans d'autres disciplines, notamment en **pédiatrie**. Les consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont ainsi obligatoires depuis 1970.

Les certificats des 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> mois sont transmis à la PMI et à la caisse d'allocations familiales, puisque leur envoi conditionne en principe le droit aux allocations.

Pourquoi dans ce cas, la mesure est acceptée alors qu'elle soulève des questions dans notre domaine ?

Il faut sûrement chercher la réponse dans les objectifs de la mesure. En effet même si ces certificats permettent de s'assurer du suivi médical des enfants, ils ont également un rôle collectif de protection des autres enfants. La vaccination est ainsi nécessaire pour entrer en crèche et éviter d'éventuels phénomènes de contagion. Il s'agit donc d'un objectif de santé publique. En ce qui concerne la chirurgie dentaire, l'inconscient collectif estime qu'il ne s'agit que d'une protection individuelle ! Or des études prouvent que la contamination bactérienne par des *Streptocoques mutans* existe dans les crèches. Il s'agit donc aussi d'un problème de santé publique !

Mais de toute manière il faut souligner que ce principe de consultations obligatoires n'est pas appliqué. Pour certains, il pénaliserait d'ailleurs encore plus les familles en difficulté.

Le taux de remplissage de ces certificats n'atteint en effet en 2004 que 90,1 % pour le premier, 57,2 % pour le deuxième et 55 % pour celui des 24 mois ! Ces certificats ont surtout pour intérêt de s'assurer que toutes les familles sont en mesure de dispenser à leurs enfants les soins nécessaires et constituer un suivi longitudinal de l'état de santé de la population de 0 à 2 ans [8].

On peut donc se poser la question de l'intérêt de la mise en place d'une contrainte si il n'y a pas de menace de sanction en aval !

De la même manière, les examens de prévention à 6 et 12 ans sont théoriquement obligatoires mais il n'existe pas de sanction lorsqu'ils ne sont pas

réalisés. D'ailleurs, le nouveau carnet de santé est un peu ambigu sur ce point. En effet, il est noté en grands caractères que les enfants « peuvent bénéficier » de ces examens (page 46 du carnet de santé). Or, en bas des pages 82 et 83, il est précisé en tout petit caractère que ces examens sont **obligatoires** en vertu de l'article L2132-2-1 du Code de la Santé Publique [55] !

Un autre exemple est à rechercher en **psychiatrie**. La contrainte peut être exercée sur un individu. Elle reste traditionnellement acceptée car elle vise à protéger non seulement le patient mais surtout la société !

Lorsque le médecin prend la décision d'exercer la contrainte ou d'outrepasser le consentement, il est toutefois nécessaire que la relation soit conduite en sorte que le patient se sente le moins possible sujet au caprice de l'arbitraire d'une autre personne, sans référence à la loi. Ceci n'est possible qu'à la faveur d'informations explicatives dans le cadre d'un lien qui aura demandé du temps pour s'établir.

Si la contrainte, comme c'est souvent le cas, intervient en situation d'urgence, la reprise rétrospective du cours des événements liés à l'exercice de la contrainte est nécessaire, dans le cours ultérieur de la relation de soins pour que la contrainte prenne sens aux yeux du malade [45].

C'est toute la question de la liberté individuelle qui sera alors posée. Par le biais des pratiques de soins, la société médicalise ce qu'elle rejette et démedicalise ce qu'elle accepte.

La légitimité des contraintes qu'une société est en droit d'exercer sur un individu, d'une façon générale, en ce qui concerne l'obligation de soins n'apparaît pas spécifique à la psychiatrie. Une telle contrainte peut s'exercer légitimement ou non à l'égard d'une population exempte de troubles mentaux. La psychiatrie n'est au fond qu'un cas particulier d'un vaste ensemble qui peut concerner le droit à l'euthanasie, les grévistes de la faim, les adeptes de sectes opposés à la modernité, les enfants victimes de l'abus ou de la carence des soins parentaux, les personnes sous tutelle... Toutes les disciplines médicales peuvent être concernées et chaque cas mérite une réflexion éthique du corps social sur l'étendue des pouvoirs et sur la nature de celui qui doit le cas échéant l'exercer [56].

Un exemple récent nous a été donné lors de l'été 1993. L'« affaire de Manchester » a montré que la Grande- Bretagne considérait comme juste de ne pas faire prendre en charge par la collectivité une deuxième **chirurgie** cardiaque sur un fumeur « récidiviste » qui, ayant signé une déclaration sur l'honneur d'arrêt de consommation de tabac, après une première intervention entièrement prise en charge par la collectivité y a contrevenu (Majnoni d'Intignano B. Conflits d'éthique in Le Monde ; 9 septembre 1993) [57]. Le sevrage tabagique était donc légitimé et rendu nécessaire pour bénéficier de la thérapeutique.

De manière similaire, des restrictions peuvent être imposées dans d'autres disciplines et font débat. Ainsi un arrêt pendant au moins 6 mois de la consommation d'alcool peut conditionner la réalisation d'une **greffe** hépatique [58]. Mais imposer une telle contrainte ne garantit pourtant pas la réussite du sevrage définitif. De nombreux facteurs doivent être pris en compte.

La mise en place de conditions constitue donc un exercice très difficile. Cependant, deux tiers des praticiens interrogés et près de 80 % des étudiants se disent prêts à le faire.

Elle devrait être rendue inutile par le fait que les parents comprennent que la première des contraintes est celle que la pathologie bucco-dentaire impose à l'enfant (douleur, infection, absentéisme scolaire...) et à eux-même (absentéisme au travail...).

Mais si elle devient inévitable, elle pose le problème du rôle de la médecine et des soignants. La médecine ne risque-t-elle pas de devenir un peu plus une pratique normative ? Selon une vue exposée par Paul Ricoeur, l'art médical est un exercice de la prudence délibérative respectueuse de la personne, des règles professionnelles et des lois qui doit trouver « un entre-deux » entre la généralité de la règle et la singularité des situations et des acteurs [38].

Une contrainte protocolisée risque forcément de nier cette évidence. Quelle condition faut-il alors poser pour qu'elle soit équitable et reconnue comme juste pour tout un chacun ?

#### 5-4 Une logique individuelle opposée à une logique collective

Dans cette approche de l'enfant polycarié et du rôle des parents, une logique individuelle guidée par les principes de bienfaisance et d'autonomie s'oppose à une logique collective où le principe de justice s'impose.

100 % des praticiens interrogés pensent que l'amélioration de notre système de santé passe par une responsabilisation des parents. C'est donc une implication de tous qui est demandée pour permettre à notre système de perdurer et concilier ainsi ces deux logiques, individuelle et collective.

D'un point de vue individuel, le principe de bienfaisance est essentiel. Ce principe compte parmi les standards de l'éthique biomédicale. Il figure parmi les quatre principes fondamentaux retenus dans le travail de formalisation éthique de la décision entrepris par Tom Beauchamp et James Childress. Cette norme enjoint de toujours se soucier d'accomplir un bien en faveur du patient, ce qui n'implique pas seulement un bénéfice sur le plan thérapeutique, mais engage aussi une réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie du sujet dans l'état actuel des connaissances et des techniques [38]. Il s'agit donc d'apporter un service à l'enfant et donc de le soigner en toute circonstance.

Cette logique individuelle implique aussi logiquement le respect de l'autonomie et le libre choix des responsables légaux, mais qui peut avoir de sérieuses conséquences pour l'enfant !

Par ailleurs cette autonomie doit se réaliser dans le respect de l'Autre. Ainsi, l'autonomie du sujet se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières. Les conditions de réalisation de celles-ci se gèrent par la négociation avec les autres individus qui, eux aussi, ont leurs préférences sans qu'une extériorité souveraine ne conçoive, ni impose une unique vision du bien commun, ce bien commun qui « n'est que le résultat momentané d'ajustements successifs »[57].

La recherche du bien commun fait alors référence à la conception utilitariste de la recherche du maximum de bien pour le maximum de personnes. Cette idée est justifiée en chirurgie dentaire dans la mesure où la prise en charge de ces enfants sera assurée par la collectivité, avec des coûts élevés. Or, dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, il convient de s'interroger sur la responsabilité de

chacun dans un but de sauvegarder notre système de protection sociale, la responsabilité de chacun en tant que membre d'une collectivité.

Les bénéficiaires de la CMU n'ont pas toujours conscience des sommes engagées pour les soigner. La présentation de ce coût, de la même façon que la présentation du devis lors d'un traitement prothétique permettrait d'en prendre conscience et ne servirait pas seulement à attester de l'information donnée sur les différentes possibilités thérapeutiques.

Cette idée d'une maîtrise des dépenses de soins appartient donc à une dimension inhabituelle de la logique médicale. La médecine est en effet généralement dans une logique individuelle du colloque singulier alors qu'ici il s'agit d'élargir la relation à une dimension collective [57]. Et si pour l'individu, la santé n'a pas de prix, elle en a un en terme de coût [59] !

En France, comme dans tous les pays développés, le vieillissement de la population, la médicalisation croissante de la vie, l'augmentation des exigences individuelles et de la revendication par chacun d'un droit à la santé, ainsi que le coût croissant des techniques médicales et biologiques expliquent l'explosion des dépenses de santé.

En 2006, la répartition des dépenses de santé hors prévention montre que les dépenses pour les maladies de la bouche et des dents arrivent en 5<sup>ème</sup> position (7,6 %) derrière les maladies de l'appareil cardiovasculaire (12,6 %), les troubles mentaux (10,6%), les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (9,0 %), et les maladies de l'appareil respiratoire (7,7 %) [60]. Les dépenses pour les affections de la bouche et des dents concernent massivement des soins ambulatoires (94%).

Le déficit de la sécurité sociale ne cesse de croître et pose la question éthique considérable de notre responsabilité à l'égard des générations suivantes qui hériteront du déficit.

La France a fait le choix éthique et politique de la proportionnalité en fonction du seul besoin [57]. Autrement dit, le mérite n'intervient pas, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. Mais l'augmentation massive de ces dépenses est donc aujourd'hui remise en question par le pouvoir politique avec notamment la mise en place de

franchises et le déremboursement de nombreux médicaments jugés insuffisamment efficaces.

Dans ce contexte de maîtrise médicalisée de la dépense où il faut éviter de donner des soins incohérents ou inutiles, on pourrait rapidement imaginer que le remboursement des soins chez nos jeunes patients soit conditionné à l'implication des parents dans la prise en charge de l'enfant et répondre ainsi à une question de justice que l'on pourrait qualifier de participative. Les médecins et les chirurgiens-dentistes auront à répondre d'une responsabilité dans l'allocation de cette ressource.

Une allocation moralement bonne de ressources rares est une allocation juste. Le défenseur le plus fondamental d'une éthique de l'Autre qu'est E. Levinas, l'écrit : « comment se fait-il qu'il y ait une justice ? Je réponds que c'est le fait de la multiplicité des hommes, la présence du tiers à côté d'autrui, qui conditionne les lois et instaure la justice. Si je suis seul avec l'autre, je lui dois tout, mais il y a le tiers » [61]. Paul Ricoeur ne dit pas autre chose « du proche au lointain, de l'autre qui à un visage à l'autre que je ne verrai jamais, ce qui est spécifique c'est le passage par l'institution, dont la vertu principale est, selon John Rawls la vertu de justice » [62].

Bien sûr, l'utilitarisme est une philosophie critiquable. Cette morale est trop exigeante vis-à-vis des sujets dont elle attend qu'ils fassent la recherche de leur propre bien-être après celui de la communauté. En effet, l'utilitarisme se place du point de vue de l'observateur impartial qui cherche à maximiser le bien-être de la société [38].

Mais dans tous les cas, comme les membres du Comité Consultatif National d'Éthique le rappellent, la question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche de l'équité, c'est-à-dire dans la justice [59].

Il s'agit donc de trouver la juste mesure pour répondre à la définition de la vie bonne selon Paul Ricoeur, « une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes » [63].

## 5-5 L'éducation à la santé, une alternative nécessaire

### 5-5-1 Un concept récent

Face à la mise en place de conditions et à l'arbitraire de la contrainte, il convient de s'interroger sur les alternatives existantes. Parmi celles-ci, les **programmes d'éducation thérapeutique** sont à retenir.

Selon l'OMS l'éducation thérapeutique du patient vise à l'aider à acquérir ou à maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique<sup>11</sup>. Ces notions d'éducation thérapeutique sont en effet apparues dans le contexte de la prise en charge des maladies au long cours (asthme, diabète, pathologies cardiaques...) afin d'impliquer au maximum le patient dans le traitement et améliorer ses conditions de vie. La valeur même de l'acte médical ne peut être, en effet, que renforcée par l'implication de la personne dans une démarche d'éducation à la santé, démarche qui améliore la compliance, la prévention et les taux de guérison [64].

Cette éducation thérapeutique encourage et valorise des savoirs, savoir-faire et savoir-être et s'applique très bien aux enfants et adolescents. Elle cherche à renforcer des comportements positifs pour les maintenir durablement. Ainsi, comme le rappelle le Professeur Sommelet dans son rapport sur l'enfance, « la naissance, l'enfance et l'adolescence doivent être la cible majeure d'une politique de promotion de la santé, dans une approche à la fois individuelle et collective » [8].

Promouvoir la santé des enfants, c'est leur permettre de développer des aptitudes et des compétences: c'est développer la connaissance de soi, l'estime de soi, le respect de soi et des autres, l'esprit critique, le jugement personnel [65]. Cette idée d'éducation à la santé fait partie intégrante des missions des PMI. La loi du 18 décembre 1989 définit les missions du service départemental de PMI: « l'état, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent..., à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment des mesures de

---

<sup>11</sup> Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1966. Therapeutic Patient Education – Continuing Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease; traduit en français en 1998.

prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants... »<sup>12</sup>.

L'information et l'éducation pour la santé se sont beaucoup développées depuis les années soixante-dix, qui ont vu la création du Centre français d'éducation pour la santé (CFES), auquel la loi du 4 mars 2002 a substitué l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Toutefois, l'éducation pour la santé doit maintenant prendre un nouvel essor. La politique d'éducation pour la santé appelle aujourd'hui une ambition nouvelle, une culture, une capitalisation des expériences, des outils et des savoir-faire beaucoup plus largement diffusés, une recherche bien plus active [66].

Théoriquement l'éducation commence au sein même de la famille. Mais dans les populations rencontrées, les parents n'ont pas forcément reçu l'information et l'éducation nécessaires pour améliorer leur propre santé.

La première condition pour améliorer la santé de leurs enfants est donc que les parents soient eux-mêmes motivés, c'est-à-dire qu'ils puissent s'impliquer, qu'ils reçoivent le message, s'en imprègnent et lui reconnaissent une valeur.

Les programmes doivent constituer en premier lieu une aide à la parentalité avec une forte sensibilisation des parents [67].

#### 5-5-2 Les différentes approches d'éducation à la santé

Différents types d'interventions éducatives peuvent être proposés :

- *Une approche injonctive* (dire, faire, respecter les prescriptions, mettre en garde, présenter des modèles de comportement).
- *Une approche cognitive* (transmettre des connaissances, inciter les gens à faire des choix fondés sur le fonctionnement et les besoins, mettre à la disposition du grand public des informations scientifiquement validées).
- *Une approche responsabilisante* (faire prendre conscience des responsabilités individuelles et collectives, maîtrise des risques, choix éclairé).

---

<sup>12</sup> Article L146 du code de la Santé Publique

- *Une approche participative* (accès de chacun au maximum de sources d'information concernant sa santé individuelle et celle de la collectivité, participation aux décisions politiques, aux programmes de prévention, appropriation des connaissances).

Quelque soit le type d'intervention proposé, le processus de changement des comportements sera long, complexe et parfois conflictuel. **Le protocole devra être mis en place le plus précocement possible pour être efficace.** De nombreuses études montrent ainsi qu'il est nécessaire de prendre très tôt les bonnes habitudes [18], dès un an [68, 69], voire pendant la grossesse [70]. Cette période semble ainsi être un moment où les parents sont particulièrement réceptifs. De nombreux chirurgiens-dentistes interrogés en sont convaincus.

Une étude suédoise a montré que le lien entre les différences socioéconomiques et l'état dentaire s'atténuait pour la génération des personnes âgées de moins de 45 ans ayant bénéficié d'une politique de prévention active pendant l'enfance et l'adolescence, confirmant ainsi l'hypothèse que l'acquisition d'une attitude et de comportements favorables à la santé dentaire tôt sont bénéfiques [21].

Elle nécessite une éducation au brossage, l'application de vernis fluorés voire une fluoration systémique et surtout des visites régulières de contrôle [71-74]. **La répétition des contacts et des instructions est ainsi nécessaire pour maintenir un changement dans les comportements préventifs.**

Actuellement, la méthode pédagogique utilisée est l'explication. 100 % des praticiens et des étudiants interrogés l'utilisent. Ils sont beaucoup moins nombreux à recourir à d'autres méthodes comme la démonstration sur modèle ou la vidéo. Pourtant les recherches en sciences de l'éducation nous rappellent que **l'explication seule est une méthode inefficace.** Il est ainsi prouvé que nous retenons 10 % de ce que nous lisons, 20 % de ce que nous entendons, 30 % de ce que nous voyons ! L'explication seule ne suffit donc pas. En additionnant explication, lecture et vidéo on passe à 60 % de rétention [75]. Par ailleurs, la répétition est le fondement de toute pédagogie.

D'autres techniques pourraient également être utilisées comme le travail en atelier, l'apprentissage vicariant (consiste à demander à un autre patient qui a bien assimilé l'acte, de le présenter, de parler de sa propre expérience), le soutien qui utilise

l'aide d'un proche pour assimiler les connaissances. Cette technique est exploitée en odontologie pédiatrique puisque les parents sont bien sûr invités à contrôler le brossage de leurs enfants.

Un des étudiants a également proposé l'apprentissage par le jeu de société. Adressé initialement à l'enfant, il permet indéniablement d'impliquer les parents dans la démarche ludique et éducative. Il constituerait alors un moyen d'éveil familial.

Cette idée est particulièrement intéressante. De nombreuses études ont en effet montré qu'en matière d'éducation à la santé, les stratégies qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes qui sollicitent la participation active et interactive des enfants (jeux de rôle, mises en situation, travaux pratiques sur les ressentis et les émotions...). Ces programmes efficaces ont recours à des interventions qui s'inscrivent dans la durée. Les programmes brefs ne produisent que des effets à court terme. Afin de maintenir les bénéfices sur la durée, il est ainsi souhaitable que le temps d'intervention soit suffisamment long et que le programme s'étende sur plusieurs années [76].

### 5-5-3 Un travail en réseau

Toutes ces approches nécessitent de la disponibilité de la part de l'ensemble des acteurs. A ce niveau, la notion de **réseau** est donc tout à fait intéressante. Elle permet de conjuguer de multiples approches pour aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Les réseaux avaient déjà été évoqués par les ordonnances Juppé de 1996 mais c'est véritablement la loi du 4 mars 2002 qui insiste sur leur importance. Elle illustre parfaitement l'esprit de cette loi dite de « démocratie sanitaire » [77].

L'organisation de tels réseaux est très complexe à mettre en place. Mais même si le concept de réseau ne pouvait s'appliquer de manière théorique à la prévention en chirurgie dentaire, chaque intervenant de santé peut à son niveau relayer l'information. Chaque praticien a ainsi une responsabilité en matière de prévention [78]. Le rôle des infirmières de PMI, des sages femmes et des auxiliaires de puéricultrice doit être exploité et reconnu. Il en est de même pour les enseignants au sein des écoles. La répétition et la diversité des méthodes permettront d'obtenir des résultats à plus ou moins long terme. Les médias et nouvelles technologies de l'information et de la communication ont aussi un rôle à jouer.

Le chirurgien-dentiste se doit donc d'être un co-acteur essentiel au sein de ces structures, comme il le fait dans des réseaux ville-hôpital dans d'autres domaines.

L'ensemble de ces actions doit se faire par étapes. C'est le principe du « step by step » anglo-saxon dans un contexte de réduction des risques (« harm reduction »).

L'éducation thérapeutique développera alors l'autonomie des patients et de leurs parents et leur permettra d'acquérir de meilleures habitudes, plus favorables à l'épanouissement de leur santé. En aucun cas, elle n'a pour but de développer un système d'assistantat durable comme certains chirurgiens-dentistes le craignent.

## 5-6 L'orientation des politiques de prévention

### 5-6-1 Une politique d'accès aux soins plus que de promotion de la santé

Dans les pays occidentaux et en France en particulier, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Les indicateurs de santé continuent de s'améliorer depuis 30 ans [66]. Afin de maintenir ces résultats, des politiques de maîtrise des risques et de prévention se doivent d'être mises en place. Ces politiques doivent nécessairement intégrer la sphère bucco-dentaire qui est une partie d'un corps pris dans son ensemble.

Suite à la première conférence internationale pour la promotion de la santé, la **charte d'Ottawa** est rédigée en 1986. Cette dernière a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

Toutefois, les soins ne participent que pour 10 à 20 % à l'état d'une population. D'autres conditions sont indispensables à la santé : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Pour certains auteurs, le concept de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa n'est pas encore développé en France. La politique de la santé en France a plus correspondu à une politique de promotion de l'accès aux soins qu'à une politique de promotion de la santé [54].

Car la mise en place d'une politique de prévention constitue un art délicat. Au delà des problèmes d'organisation et de coordination des acteurs [54], elle doit trouver le juste équilibre entre des tentations divergentes : persuader ou contraindre ; culpabiliser ou responsabiliser ; collecter des données sanitaires et assurer leur confidentialité ; mener des actions ciblées et éviter l'étiquetage social ; promouvoir l'intérêt collectif et respecter l'intérêt individuel ; ne viser que l'abolition du risque ou accepter de travailler à la réduction des risques [66].

Elle doit idéalement s'appliquer à des groupes à risques pour présenter plus d'efficacité [2] sans pour autant créer de stigmatisations. Cette crainte de la stigmatisation a plusieurs fois été évoquée lors des entretiens.

Elle vise enfin à imposer des valeurs de vie que ne partagent pas forcément les nombreux sous-groupes et communautés constituant la santé. Elle est donc par essence normative et donc contestable [66] car la médecine n'a théoriquement pas vocation à adapter les individus aux normes sociales existantes, mais à leur permettre d'en être les sujets.

Trois niveaux de prévention existent :

- La *prévention primaire* (prévention au sens premier du terme) : actions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de nouveaux cas.

- La *prévention secondaire* (dépistage) : actions destinées à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant son évolution et sa durée.

- La *prévention tertiaire* (réadaptation) : actions y compris de soins, destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une

population en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

L'expérience des pays scandinaves, précurseurs en matière de prévention bucco-dentaire, nous montre que la réussite tient à la rigueur de la politique de prévention mise en place :

- la prévention doit commencer dès le début de la vie,
- les examens périodiques doivent être obligatoires,
- des mesures coercitives en cas de manquement doivent exister,
- du personnel doit être dédié à cette prévention,
- des structures médicalisées spécialisées doivent être développées.

L'efficacité de ces campagnes est en moyenne, selon les différentes expérimentations, acquise après 20 ans de persévérance. **La prévention est rentable sur le long terme.** De nombreuses études ont démontré l'impact positif au plan économique, en terme de coûts directs et indirects (sur la meilleure adhésion au traitement et sur l'évitement de l'absentéisme professionnel notamment) [59, 79].

Cette politique de prévention ne semble malheureusement pas transposable dans notre pays car les obstacles structurels, techniques, sont tels que cela est impossible. Cette rigueur et cette organisation ne sont pas reproductibles, mais le principe d'une politique globale sur toutes les tranches d'âge doit être conservé [80].

#### 5-6-2 Une mise en place difficile, des obstacles structurels

Le premier obstacle structurel concerne la quantité de personnel disponible. La comparaison avec les autres systèmes de santé, notamment européens, montre le retard important en la matière.

Ainsi dans de nombreux pays étrangers, un corps d'hygiénistes réalise l'ensemble des actes de prévention et quelques autres actes tels que la prise de clichés radiologiques, la prise d'empreintes....

Au **Danemark**, le pays compte 675 hygiénistes et 6000 assistantes dentaires pour 4850 praticiens.

En **Grande-Bretagne**, on compte 3615 hygiénistes et 27000 assistantes pour 27957 chirurgiens-dentistes.

Au **Pays-Bas**, ils sont 1500 hygiénistes et 10000 assistantes pour 7200 praticiens.

En **Suisse**, on relève 1000 hygiénistes et 7200 assistantes dentaires pour 4400 chirurgiens-dentistes [53].

Enfin, au **Québec**, on compte 3932 chirurgiens-dentistes et 3900 hygiénistes [81].

Mais en **France**, on ne retrouve **aucun hygiéniste** et finalement peu d'assistantes dentaires (16000 pour 42192 praticiens en 2002).

A cela, il faut ajouter un grave problème de démographie des professionnels de santé qui touche actuellement la France.

Au 31 décembre 2006, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes recensait environ 40300 praticiens en activité. Si leur nombre a crû de plus de 4 % par rapport à 1990, on observe depuis 2004 une diminution des effectifs (- 2 %).

La population française ayant évolué rapidement au cours des quinze dernières années, la densité de chirurgiens-dentistes a diminué, passant de 67 praticiens pour 100000 habitants en 1990 à 65 actuellement. Le ralentissement de la croissance démographique ainsi que le vieillissement marqué de la profession sont consécutifs à la mise en place d'un numérus clausus depuis 1971 et à la réduction drastique du nombre de places ouvertes en deuxième année d'odontologie entre 1985 et 1995 [82].

La comparaison avec les autres pays Européens situe la France en cinquième position derrière la Suède, la Finlande, l'Allemagne et la Belgique [80].

A ce problème de nombre il faut ajouter une diminution du volume d'heures travaillé.

Actuellement on compte près de 35 % de femmes parmi les nouveaux entrants dans la vie active contre 29 % en 1990, ce qui aboutira en 2030 à 45 % de femmes [83]. Et ce chiffre pourrait évoluer encore plus rapidement car d'après les chiffres des derniers concours d'admission, près de 60 % de femmes ont été sélectionnées [80].

Cette féminisation explique une partie de la réduction du temps de travail mais pas seulement. Des facteurs comme l'héliotropisme ou les conditions de travail et de qualité de vie expliquent pour beaucoup la baisse d'activité des chirurgiens-dentistes.

Avec le maintien du numéris clausus actuel (977 étudiants), le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants diminuerait continûment et plus rapidement au cours des 25 prochaines années, passant de 65 pour 100000 en 2006 à 55 en 2015 puis environ 40 en 2030.

Du fait d'une possible stabilisation de la population française entre 2035 et 2050, la densité de chirurgiens-dentistes cesserait de décroître pour se stabiliser à environ 37 pour 100000 habitants. Des scénarios sont actuellement à l'étude pour évaluer les effets obtenus en fonction de l'augmentation plus ou moins marquée du numéris clausus.

Mais ils sont sous-tendus par les capacités humaines et matérielles des centres universitaires, d'autant que ces unités de formation ont déjà dû absorber la mise en place de la sixième année et de l'internat à moyens constants [83].

Finalement, le ministère de la santé a porté à 70 étudiants supplémentaires le numéris clausus pour l'année 2007-2008, ce qui fixe l'effectif à 1047 étudiants en première année d'études en odontologie. Le but à atteindre serait une augmentation à 1300 par an d'ici 5 ans [84].

Cette évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes pourrait à l'extrême être un argument utilisé par certains praticiens pour justifier des soins sous conditions. Il s'agirait alors dans ce cas plus d'une envie de « se débarrasser » de ces patients que de préserver leur avenir !

Des **disparités régionales très fortes** existent aussi dans la répartition des chirurgiens-dentistes. Trois régions (Ile de France, Rhône Alpes et PACA) regroupent à elles seules 42 % des praticiens (contre 36 % de la population).

Les départements les moins dotés sont des départements ruraux du Nord de la France (Somme, Orne, Eure, Haute Saône, Manche, Pas-de-Calais) [85] avec des densités tombant jusque 40 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants [82].

L'état de santé bucco-dentaire des enfants apparaît en général moins bon dans le Nord de La France et dans les Départements d'Outre-Mer, tant en ce qui concerne le nombre de dents soignées que la prévalence des caries. Ainsi, les plus faibles proportions d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées se situent sur tout le littoral atlantique, tandis que les régions où cette proportion est la plus forte sont le Nord-Pas-de-Calais, la Haute-Normandie, la Champagne-Ardenne et la Picardie [86].

Même s'il n'y a par contre aucune corrélation statistique prouvée entre la densité régionale de chirurgiens-dentistes et l'état des dents ainsi observé chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle [86], le renoncement aux soins chez l'enfant est en partie lié à l'offre de soins [9].

Par ailleurs encore moins de praticiens soignent spécifiquement des enfants (présentant un handicap ou non). Il est alors nécessaire de se référer à des centres hospitaliers mais la demande est importante. En effet la profession de chirurgien-dentiste a une tradition libérale très marquée. Plus de 9 praticiens sur 10 ont encore aujourd'hui un exercice libéral. L'offre de soin odontologique hospitalière est donc réduite : sur plus de 40000 praticiens, moins d'un millier exercent à l'hôpital et rarement à temps plein [85].

A l'image du débat qui a eu lieu dans le courant de l'année 2007 sur les contraintes à l'installation des médecins dans les régions sous-médicalisées, il est possible d'imaginer que des mesures coercitives pourraient supplanter les actuelles mesures incitatives [80, 85].

Dans ce contexte, la question de la mise en place des **hygiénistes** en France pourrait rapidement refaire surface. La majorité des praticiens interrogés sont convaincus de l'intérêt de la mise en place des hygiénistes en France. Ce serait un moyen de répondre à cet écart entre l'offre de soin et la demande. Bien sûr, certains ont souligné l'importance de définir les compétences de chacun et le moyen de formation des hygiénistes. La création d'une filière avec des écoles spécifiques est-elle nécessaire ou peut-on imaginer de compléter la formation des assistantes dentaires qui deviendraient hygiénistes dépendantes d'un cabinet dentaire libéral ?

La question se poserait également de savoir comment les séances de prévention seraient menées, de manière individuelle ou collective, en combien de fois... Des formations communes seraient nécessaires pour accorder les discours et les pratiques.

L'observation et l'analyse des protocoles réalisés à l'étranger seraient fort intéressantes. Par contre, comme l'a souligné un praticien, cette délégation de tâche ne doit surtout pas faire oublier au chirurgien-dentiste son rôle majeur en terme de prévention. Il ne devrait en aucun cas retomber dans une conception uniquement curative du soin.

### 5-6-3 Promouvoir la prévention, une idée pas si simple

Au delà de ces dispositifs, c'est notre conception de la prévention, d'un point de vue individuel et collectif, qui doit être profondément modifiée. Les comportements positifs dépendront en effet des perceptions que l'individu et la collectivité ont de la valeur bénéfique ou gratifiante des activités de prévention. Or les réponses aux entretiens nous montrent que les patients eux-même ne donnent pas d'importance à la prévention. Ainsi les praticiens qui ne réalisent que de la prévention et pas de soin, pour les enfants où aucune amélioration n'est constatée, voient leur nombre de « perdus de vue » augmenter. Les parents considèrent que rien n'a été fait !

Les modes de pensée qui fondent les pratiques de prévention sont étroitement dépendants de la définition de la santé entendue comme l'absence de maladie dont la réponse sociale est curative. Ainsi, en France, l'importance est encore au curatif avant le préventif. Un chirurgien-dentiste interrogé disait que « *quitte à paraître extrême, la prévention devrait être très bien cotée et remboursée à 100 % alors que les soins ne le seraient pas* ». Sans aller jusque là, une revalorisation des actes de prévention s'impose. Sur un plan budgétaire, en 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % (seulement !) de la dépense courante de santé (prévention en général) [60]. Une conception médicalisée de la prévention, centrée sur le risque maladie et soutenue par une organisation référée à la démarche curative et individuelle, a ainsi conduit à mettre au second plan ce qui doit pourtant constituer la finalité principale de la prévention primaire : la santé et le développement des conditions qui lui sont le plus favorables, notamment quand il s'agit de favoriser la modification de comportements dommageables [87].

Les programmes de prévention et d'éducation pour la santé sont conçus à partir des résultats de la recherche épidémiologique qui déterminent les facteurs de risque : consommation excessive d'alcool ou de tabac, selon une norme... Ces données probantes orientent les politiques publiques en matière de prévention et en déterminent les priorités. A partir de là, on postule que l'individu rationnel, qui dispose d'une information centrée sur la transmission des facteurs et conduites à risque, sera en mesure de modifier son comportement selon un schéma de cause à effet [88].

Mais cela n'est pas toujours évident pour des parents en quête de repères. L'exemple de la lettre qu'écrivent les parents de la petite Charlana transmise par un des praticiens démontre que seules des actions de prévention qui accompagnent ces familles à risque, et parfois démunies par rapport aux réponses à apporter à leurs enfants, seront efficaces. La prévention doit par ailleurs se réaliser dès 1 an ou même pendant la grossesse, et de manière systématique [79].

Les mesures préventives mises en place actuellement apparaissent tardivement dans la vie de l'enfant. Ainsi le premier Examen BuccoDentaire Prévention obligatoire intervient à l'âge de 6 ans !

Médecins et pédiatres doivent également s'impliquer davantage après avoir reçu une formation adéquate, pour diffuser les bonnes pratiques [4]. La prévention de la carie dentaire chez le jeune enfant nécessite une collaboration importante entre les différents intervenants. Les professionnels de santé de la petite enfance sont plus à même de repérer les mauvaises habitudes et de conseiller les mères [4, 89]. **C'est donc bien une dimension collective de la prévention, en plus d'une dimension individuelle, qu'il faut acquérir.**

Il est ainsi nécessaire de renforcer la formation des généralistes et des pédiatres (qui réalisent les examens dentaires lors des bilans des 3-4 ans) à la surveillance de l'état bucco-dentaire et à inciter les familles à suivre les recommandations prévues dans le carnet de santé [8]. Pourtant, les médecins ne sont pas formés et méconnaissent les possibilités thérapeutiques des odontologistes (dans certaines facultés de médecine, la formation sur l'odontologie ne dépasse pas 3 heures sur un cursus de 8 années) [80].

L'éducation pour la santé fait l'objet d'une formation définie dans de nombreux pays (USA, Royaume-Uni, Pays-Bas, Espagne et Belgique), ce qui n'est pas le cas en France, tant pour les enseignants que pour les professionnels de santé [8] même si les choses sont en train de changer.

La loi du 9 août 2004 précise ainsi que les Schémas Régionaux d'Education pour la Santé (SREPS), mis en place par la circulaire du 22 octobre 2001, doivent organiser des pôles de compétences régionaux en éducation pour la santé. Ils ont une vocation à la fois transversale de coordination et d'évaluation et verticale de liaison entre les décideurs et les acteurs de terrain

La prévention en chirurgie dentaire n'est donc pas encore une chose acquise. Ce manque de considération se retrouve d'ailleurs au niveau des politiques de santé publique où la représentation de la profession est faible. Il est en effet surprenant d'observer que des chirurgiens-dentistes experts ont été nommés au sein du Ministère de la Santé ou de la Haute Autorité de Santé depuis quelques années seulement. On ne retrouve aucun chirurgien-dentiste dans les services déconcentrés (DDASS), pas plus qu'il n'y a de chirurgiens-dentistes du travail ou encore de chirurgiens-dentistes scolaires. Il a fallu attendre 2005 pour que la santé bucco-dentaire fasse l'objet d'un plan national d'action et se trouve ainsi inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2006 sous la forme d'une sous-action d'une action du programme de santé publique et prévention, ainsi « casée » à la suite du VIH/Sida, des hépatites, des maladies infectieuses graves, du cancer, des maladies cardiovasculaires....

Sur un autre plan, la loi hospitalière de juillet 1991 a intégré à part entière l'odontologie dans les activités des établissements publics de santé; pour autant, les services dentaires hospitaliers, en plus d'être rares (21 services) sont souvent mal intégrés aux établissements hospitaliers dont ils dépendent et évoluent dans une sphère autonome. De même sur 22 SROS (schémas régionaux d'organisation des soins), seuls trois (Lorraine, Bourgogne, Réunion) comportent un volet odontologie [85].

Lorsque des politiques de prévention sont mises en place sur un plan local, elles sont généralement financées par des subventions municipales, qui peuvent rapidement évoluer et ne pas être pérennes.

Des initiatives fonctionnent cependant à force de travail et d'implication des acteurs de terrains. Ainsi, le conseil général du Val-de-Marne a développé un programme dans le but de réduire la prévalence de la carie pour les 0-6 ans, en fournissant des moyens de formation des personnes et des dotations en matériel. Il comportait les objectifs suivants:

- Intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales des structures
- Créer chez les personnels et les parents, des compétences de prévention bucco-dentaire.

Par ailleurs, nous avons déjà parlé du peu de participation aux BBD mais pouvait-on attendre mieux en improvisant ces dispositifs à un moment si particulier et si

difficile de la vie, alors que la prévention bucco-dentaire n'est pas une priorité des adolescents et sans que la culture de la prévention soit acquise [80].

La mise en place de l'EBD, avec des politiques de communication plus importantes avait pour but de pallier ces erreurs. Il faudra attendre encore quelques années pour mesurer véritablement son impact.

Enfin, les politiques prennent de plus en plus conscience de l'importance de la prévention tant alimentaire que bucco-dentaire. Les récentes mesures prises par la ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot, sont là pour le rappeler. En effet, les confiseries disposées aux caisses des supermarchés devront disparaître d'ici le mois de juin 2008 [90]. Cette mesure a pour but, après le retrait des distributeurs automatiques dans les écoles en 2005, de limiter l'accès et la tentation pour les enfants.

La mise en place de **politiques de prévention** efficaces s'amorce donc en France, même si de nombreuses difficultés persistent. Elles devront être régulièrement évaluées pour les rendre plus performantes mais dans tous les cas, elles constituent un **enjeu et un défi éthique majeur pour notre profession, au service de nos enfants.**

## CONCLUSION

La carie de la petite enfance constitue un problème non résolu pour une petite partie de la population. Des politiques de prévention locales et nationales continuent d'échouer et 20 % des enfants cumulent toujours 80 % des lésions carieuses.

Or la santé de l'enfant conditionne largement celle de l'adulte. Le Professeur Sommelet assurait ainsi en 2006 dans son rapport sur l'enfance et l'adolescence, que « la santé bucco-dentaire des enfants est intégrée à l'état de santé et conditionne en partie la qualité de vie de l'adulte » [8].

Il est donc nécessaire de trouver d'autres solutions. Dans ce contexte, des chirurgiens-dentistes sont tentés de conditionner leurs soins à l'implication des parents et de l'enfant dans les thérapeutiques. Lassés par l'absentéisme répété, la réalisation de soins « coûte que coûte » et la reprise inéluctable des lésions carieuses, la démarche est compréhensible et peut être entendue.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer sur un plan national la réalité de cette pratique afin de constater si elle est effective, d'apprécier dans quelles conditions elle est mise en place, et d'évaluer ses conséquences.

Au delà de cette évaluation, ce travail a pour but d'attirer l'attention sur une pratique rarement admise, car peut-être non avouable et hautement polémique, mais pourtant effective.

La tenir sous silence n'évitera pas qu'elle se développe. En effet le problème de l'offre de soin (démographie médicale, nombre insuffisant de praticiens pour soigner spécifiquement les enfants...) ou encore la recherche d'un meilleur rapport coût/efficacité dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses pourraient nous y conduire.

Aborder le sujet permettra au contraire d'en prendre conscience, de mettre en place des stratégies de contrôle et de mesure et de l'appliquer en toute transparence pour qu'elle soit la moins à risque pour l'enfant. Ce dernier doit en effet rester au centre de nos priorités.

En parler permettra également de soulever des questions et peut-être d'apporter des réponses différentes. L'expérience réalisée sur Lille, qui a servi de base à notre réflexion [6] indique un résultat positif pour une famille sur trois à un mois. En extrapolant, nous pourrions raisonnablement espérer un résultat positif pour une famille sur deux à deux ou trois mois. Dans ce cas, ce n'est plus 20 % des enfants qui seraient atteints par la carie mais 10 !

L'expérience soulève bien sûr des critiques et des interrogations mais elle mérite donc que l'on s'y intéresse.

La mise en place de soins sous conditions est-elle légitime en odontologie pédiatrique ? Il est possible de répondre par l'affirmative si le chirurgien-dentiste garde à l'esprit que c'est dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire de l'enfant et sa santé en général que de telles solutions sont envisagées. Il est ainsi dans une démarche d'amélioration des chances de préservation de la denture permanente, avec ce que cette chance contient d'importance dans l'état de bien être, d'équilibre psychique de l'adolescent et de l'adulte que deviendra cet enfant. Cet équilibre passe par des relations sociales épanouies qu'un sourire altéré pourrait forcément contrarier.

Mais pour répondre à toutes ces questions et apprécier les difficultés et les risques d'une telle contrainte, ce travail ne peut constituer qu'une introduction à une démarche de réflexion et d'évaluation beaucoup plus large.

En effet, il s'agit désormais d'évaluer l'efficacité à grande échelle d'une telle mesure et d'en apprécier toutes les conséquences. Pour ce faire, il serait souhaitable de réaliser une étude prospective avec trois groupes de sujets distincts.

Le premier groupe serait composé d'enfants où les soins seraient réalisés même s'il n'y a pas d'amélioration de l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire. Ce groupe constituerait un groupe témoin.

Le deuxième serait composé d'enfants pour lesquels les soins ne seraient réalisés qu'à la condition d'une amélioration des habitudes. Un contrat clairement établi, avec consentement et explications détaillées serait proposé par une personne formée préalablement.

Enfin, un troisième groupe serait constitué par des enfants inclus dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Dans les trois groupes, les parents seraient associés à la relation de soin et des entretiens seraient réalisés pour recueillir leurs avis.

Les indices CAO seraient étudiés pour chaque groupe au début de l'expérience et à T+ 1 an, T+2 ans, voire plus tard.

Une telle enquête permettrait, nous l'espérons, de démontrer l'importance d'une politique de prévention et de responsabilisation de chacun des acteurs de la relation de soin. L'évolution des comportements permettrait alors non seulement de préserver l'avenir de l'enfant mais également de diminuer les coûts d'un recours systématique au modèle curatif, une fois la pathologie installée.

« Etre éthique c'est s'engager dans une démarche active de partage des doutes, dans un esprit de « phronésis », avec un désir de bien faire pour tous, sans peur de s'engager malgré les risques » [91].

C'est dans cet esprit que notre travail tente de s'inscrire. Il permet également de s'interroger sur la vocation sociale de notre pratique. Car en effet, la question de la santé n'est pas que d'ordre médical, elle relève aussi du champ social et éducatif. Mais une pratique sociale signifie-t-elle une pratique déresponsabilisante ? Sûrement pas. La question reste donc posée en ces termes : est-ce que finalement le soin en odontologie pédiatrique constitue une pratique sociale comme une autre ? Comment dessiner dans le respect de tous une juste distance entre modèle social, modèle médical et modèle préventif ?

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'état de santé de la population en France - Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans in Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007.
- [2] MEDERLE A., ROLAND E., BLIQUE M. Les caries précoces. Jeunes enfants en milieu défavorisé: facteurs sociaux. *Information dentaire* du 24.03.2004;12:735-41.
- [3] Panorama de l'Union Européenne - Commission Européenne - Statistiques de la santé - Chiffres clés sur la santé 2002 - Données 1970-2001; Edition 2002.
- [4] DROZ D., BRUNCHER P., GERHARD J-L., ROLAND E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Archives de pédiatrie*. 2006;13:1222-9.
- [5] YAM A.A., DIOP F., DIAGNE F. La carie dentaire: maladie infectieuse d'origine bactérienne. Revue des connaissances actuelles. *Journal dentaire du Québec*. 1997; XXXIV:321-6.
- [6] KREMER B., ROUSSET M.M., DECOCQ D. Une consultation spécifique aux jeunes enfants: analyse des comportements d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire. *Journal d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique*. 2005;12(4), pp. 213-219.
- [7] ELARABI S., HARCHAOUI J., TAABOUZ A., MSEFER S. La polycarie infantile: facteurs de risque. *Journal dentaire du Québec*. 2001;XXXVIII:363-71.
- [8] SOMMELET D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé; Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. 2006.
- [9] AZOGUI-LEVY S., BOY-LEFEBVRE M-L. La santé bucco-dentaire en France. *adsp*. 2005;51:4-8.
- [10] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Risque carieux. Sur fond d'amélioration globale, l'inégalité des enfants devant la carie. *La lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes*. Février-Mars 2007;55:16-7.
- [11] Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2006. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) le 11.01.2008; 2006.
- [12] BESLOT A., DAVID-BEAL T., VILETTE F. La prothèse pédiatrique dans le traitement de l'édentement antérieur. *Clinic*. 2005;26:69-78.
- [13] TRENTESAUX T., DELFOSSE C., BECART A., ROUSSET M.M. Négligence buccodentaire chez l'enfant, comment appréhender le handicap social? *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*. 2007;02(4):154-8.

- [14] Etude nationale nutrition santé ENNS. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) - Premiers résultats.; 12 décembre 2007.
- [15] SHANTINAH S-D., BREIGER D., WILLIAM B-J., HASAZI J-E. The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. *Pediatr dent.* 1996;18(5):375-8.
- [16] BIGEARD L., BOUHELIER R., BOUHELIER S. Les sirops pédiatriques: une consommation lourde de conséquences. *Information dentaire.* 1995;77(17):1279-86.
- [17] BEDOS C., BRODEUR J-M., ARPIN S., NICOLAU B. Dental Caries Experience: A Two-generation Study. *J Dent Res.* 2005;84(10):931-6.
- [18] NORDREHAUG ASTROM A. Parental influences on adolescents' oral health behavior: two-year follow-up of the Norwegian Longitudinal Health Behavior study participants. *Eur J Oral Sci.* 1998;106:922-30.
- [19] SIXOU J-L., ROBERT J-C. Non mères vous n'êtes pas (toutes) coupables! *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique.* 2006;01(1):44-8.
- [20] ELDELSTEIN BL., Disparities in oral health and access to care: findings of national survey. *Ambul Pediatr.* 2002;2(2):141-7.
- [21] AZOGUI-LEVY S., BOUDILLON F., ITTAH-DESMEULLES H et al. Etat dentaire, recours aux soins et précarité. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2006;54:203-11.
- [22] GUEGUEN R., AUBRY C. Tableau de bord de la Santé des Enfants et des Jeunes en Lorraine, de 1994 à 1998. Vandoeuvre: Centre de Médecine Préventive 2000 2000:47p.
- [23] LEWIS CF., NOWAK A. Stretching the safety net too far: waiting times for dental treatment. *Pediatr dent.* 2002;24(1):6-10.
- [24] EVERDINGHEM T., EIKJMAN M-A., HOOGSTRATEN J. Parents and nursing-bottle caries. *J Dent Child.* 1996; 63(4):271-4.
- [25] PORTIER R., MITSIADIS TA., CHAFAIE A. Données récentes en cariologie pédiatrique: environnement familial, agents cariogènes, biberon, lait et dérivés lactés. *L'odontologie pédiatrique au quotidien : du fondamental à la clinique XXXIèmes journées internationales de la SFOP* 11-14 avril 2000.
- [26] BERKOWITCH R-J. Causes, traitement et prévention de la carie de la petite enfance: perspective microbiologique. *Journal de l'Association dentaire canadienne.* Mai 2003; 69(5):304-7.
- [27] ALLONIER C., GUILLAUME T. ROCHEREAU T. Enquête Santé et Protection Sociale 2004: premiers résultats. *Bulletin d'information en économie de la santé.* Juillet 2006; n°110.

- [28] BOIS GUERIN B. Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. Mars 2004;294.
- [29] ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T. Santé, soins et protection sociale en 2004; Rapport IRDES n°1621, Janvier 2006.
- [30] KLINGBERG G. Sédation pour les soins dentaires chez les enfants: considérations éthiques. *Réalités cliniques*. 2005;16(3):221-30.
- [31] AZOGUI-LEVY S., LOMBRAIL P., RIORDAN P-J., BRODIN M. et al. Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:285-91.
- [32] CASES C., LUCAS GABRIELLE V., PERRONNIN M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux? *Bulletin d'information en économie de la santé*. Mars 2008;n°130.
- [33] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Patients CMUistes et praticiens. Des droits et des devoirs partagés. *La lettre - Ordre National des Chirurgiens-Dentistes*. Février - Mars 2007 (n°55).
- [34] KERVELLA S., FORAY H., D'ARBONNEAU F. La prise en charge du syndrome polycarieux précoce sous anesthésie générale. Etude au CHU de Brest. *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*. 01/07/2007;2(3):136-42.
- [35] DAVIT-BEAL T., BESLOT A., VILETTE F., WOLIKOW M. Le carnet de santé: son utilisation lors de la consultation en odontologie pédiatrique. *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*. 2008;03(1):15-23.
- [36] DELPHIN N., NANCY J. Formation universitaire par la prévention bucco-dentaire dans les écoles maternelles. *Le Chirurgien Dentiste de France*. 6 septembre 2002; n°1042:52-7.
- [37] FOSTER T., PERINPANAYAGAM H., PFAFFENBACH A. Recurrence of early childhood caries after comprehensive treatment with general anesthesia and follow-up. *Journal of dentistry for children*. 2006;73(1):25-30.
- [38] MOUILLIE Jean Marc et al. *Manuel pour les études médicales*. Editions Médecine & Sciences Humaines - Les Belles Lettres - Septembre 2007. 667p.
- [39] CANGUILHEM G. *Le normal et le pathologique*. Editions puf. 1966. 224p.
- [40] NOSSINTCHOUK R. *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Editions Cdp - Novembre 1998. 234p.
- [41] BERY A., DELPRAT L. *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Editions du puit fleuri. Novembre 2006. 424p.

- [42] LA MARNE P. *Ethique de la fin de vie*. La bioéthique en question. Editions Ellipses. 128 p.
- [43] JACOTOT D. *Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire Le droit pratique du chirurgien-dentiste*. Avril 2005. 177p.
- [44] HERVE C., THOMASMA D., WEISSTUB D. *Visions éthiques de la personne* - Editions L'Harmattan - Janvier 2007. 225p.
- [45] KRESS JC. Le consentement est-il possible en psychiatrie? *Forum L'espace éthique méditerranéen*. Septembre 2007;15:5.
- [46] RODRIGUEZ-ARIAS D., MOUTEL G., HERVE C. *Recherche biomédicale et populations vulnérables* - Editions L'Harmattan - Février 2007.
- [47] GRAND-LAFORET E. Le consentement du mineur. *Etudes et synthèses*. 2006/07. [www.ethique-inserm.fr](http://www.ethique-inserm.fr), dernière consultation le 15 mars 2008.
- [48] MOUTEL G. Le refus de soins conscient ou inconscient. *Etudes et Synthèses*. 2007/03. [www.ethique-inserm.fr](http://www.ethique-inserm.fr), dernière consultation le 23 mars 2008.
- [49] BEAUCHAMPS T., CHILDRESS J. *Principles of Biomedical Ethics* 2001.
- [50] KANT E. *Fondement de la métaphysique des mœurs*. Editions Poche -
- [51] REMY PL. Comment agir? L'aide à la parentalité - Etre parent ce n'est pas toujours facile. *La santé de l'homme*. septembre-octobre 1999;n°343.
- [52] PREEL J. Orientation de la prévention bucco-dentaire en France. *Information dentaire*. 5 décembre 1991;42:3895-8.
- [53] AIDAN N. La dentisterie en Europe. *Information dentaire*. 6 février 2002; n°6:337-44.
- [54] LE FAOU A-L. *Les systèmes de santé en questions - Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*. Editions Ellipses. 2003. 224p.
- [55] Le nouveau carnet de santé. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) Dernière consultation le 01 mai 2008.
- [56] BARTHELEMY C. Ethique de la contrainte en psychiatrie. *L'information Psychiatrique*. Septembre 2003;79(7):577-82.
- [57] RAMEIX S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Editions Ellipses. 1996. 159p.
- [58] BRAMSTEDT K-A., JABBOUR N. When alcohol criteria create ethical dilemmas for the liver transplant team. *jmedethics* April 2008:263-5.

- [59] CCNE. Santé, éthique et argent: les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier.; Avis 101.
- [60] FENINA A., GEFFROY Y., MINC C., RENAUD T., SARLON E., SERMET C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. Juillet 2006(504).
- [61] LEVINAS E. *Ethique et infini* - Editions Poche - 1982. p120.
- [62] RICOEUR P. Le propre, le proche et le lointain. in *Le Monde*. 5 novembre 1993.
- [63] RICOEUR P. *Soi même comme un autre* - Editions Le Seuil - 1990. p424.
- [64] MOUTEL G. *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine - Entre idéalismes et réalités cliniques* Janvier 2008. p99.
- [65] OCCELLI M. L'éducation à la santé à l'école maternelle. Inscrire la politique de santé publique dans le projet d'école. *La santé de l'homme*. Septembre-octobre 2002;361:28-33.
- [66] Inspection Générale des Affaires Sanitaires. Rapport annuel 2003 - Pour une politique de prévention durable; 2003.
- [67] SCOTT G., BRODEUR J-M, OLIVIER M., BENIGERI M. Parental factors associated with regular use of dental services by second-year secondary school students in Quebec. *Journal of the Canadian Dental Association*. Novembre 2002;68(10):604-8.
- [68] HASHIM NAINAR S-M., STRAFFON L.H. Targeting of the year one dental visit for united states children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13:258-63.
- [69] HAMILTON F-A., DAVIS K-E., BLINKHORN A-S. An oral health promotion programme for nursing caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 1999;9:195-200.
- [70] GOMEZ S-S., WEBER A-A. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2001;11:117-22.
- [71] WENNHALL I., MARTESON E-M., SJUNNESSON I., MATSSON L. Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socio-economic, multicultural area in Sweden: results after one year. *Acta Odontol Scand*. 2005;63(3):163-7.
- [72] FAROZI A-M. Expérimentation francilienne en faveur de l'accès à la prophylaxie et aux soins bucco-dentaires, Ile de France, 2002-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2005;32:163-4.

- [73] KALLESTAL C., WANG N-J., PETERSON P-E, ARNADOTTIR I-B. Caries-preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999;27:144-51.
- [74] PETERSON P-E., TORRES A-M. Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 1999;9:81-91.
- [75] CHOUKROUN M-G. La dimension éducation dans le traitement odonto-stomatologique. *Actualités Odonto-Stomatologiques.* 2007;238:177-86.
- [76] Institut National pour la Protection et l'Education à la Santé. Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire - Référentiel de bonnes pratiques; 2008.
- [77] G.MOUTEL. *Le courrier de l'éthique médicale.* Juillet - Août - Septembre 2002; n°3.
- [78] HOBDELL M., SINKFORD J., ALEXANDER C. and al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education.* 2002;6 (suppl 3.):167-78.
- [79] SAVAGE M-F., LEE J-Y., KOTCH J-B., VANN W-F. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics.* October 2004;114(4):e418-e29.
- [80] BOIS D., MASSONNAUD ., MELET J. Rapport de la mission odontologie; *La Documentation Française.* 2003.
- [81] La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital: vers une évolution régionale? 4ème journée de Santé publique dentaire - Bobigny. 2004.
- [82] COLLET M., SICARD D. Les chirurgiens-dentistes en France - situation démographique et analyse des comportements en 2006. *Etudes et Résultats, DREES.* septembre 2007;594.
- [83] COLLET M., SICARD D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national. *Etudes et Résultats, DREES.* Septembre 2007(595).
- [84] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Numéris clausus, enfin l'augmentation! *La lettre - Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.* Avril 2008; n°66.
- [85] RIGAL E., MICHEAU J. *Le métier de chirurgien-dentiste. Caractéristiques actuelles et évolutions;* Editions Plein sens. Septembre 2007.
- [86] GUIGNON N., NIEL X. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* Juillet 2003(250).

- [87] RIGAUD A. Vers la reconnaissance et le financement de la prévention. *adsp*. Septembre 2007;n°60.
- [88] DECARPENTRIES J. Prévention et éducation à la santé à l'école. *L'école des parents*. Septembre 2007;n°566 HS:40-1.
- [89] RICHARD L., PINEAULT R., D'AMOUR D., BRODEUR J-M, SEGUIN L., LATOUR R., LABADIE J-F. The diversity of prevention and health promotion services offered by Québec Community Health Centres: a study of infant and toddler programmes. *Health and Social Care in the Community*. 2005;13(5):399-408.
- [90] Nutrition et obésité - Nouvelles mesures pour 2008 et évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire - Dossier de presse - *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*; 4 février 2008.
- [91] BROCA Ad. Etre éthique...en pédiatrie? *Archives de pédiatrie*. 2005;12:773-5.

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure n°1 : Enfant de 5 ans sans atteinte carieuse	10
Figure n°2 : Caries précoces du jeune enfant chez un garçon de 4 ans	10
Figure n°3 : Taux d'enfants présentant des syndromes polycariieux	30
Figure n°4 : Facteurs essentiels à l'origine du syndrome	32
Figure n°5 : Question n°1 : Nombre d'étudiants travaillant en cabinet et ayant reçu des enfants atteints de caries précoces	43
Figure n°6 : Question n°2 : Quels moyens avez-vous utilisé pour informer et motiver enfants et parents à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire ?	43
Figure n°7 : Question n°3 : Suite à cela, avez-vous constaté une amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire ?	44
Figure n°8 : Question n°4 : Si non, quelle attitude avez-vous adopté ?	45
Figure n°9 : Question n°6 bis : Seriez-vous prêts à envisager des soins sous conditions ?	46
Figure n°10 : Question n°7 : Pensez-vous que la responsabilisation des parents et leur implication dans la relation thérapeutique passe par des soins sous conditions ?	47
Figure n°11 : Question n°9 : Pensez-vous avoir été préparés durant votre formation initiale à la prise en charge de tels patients ?	48
Tableau n°1 : Identification des entretiens semi-directifs	29

## ANNEXE 1

### **Une consultation spécifique aux jeunes enfants : analyse des comportements d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire. Conséquences sur la prise en charge thérapeutique**

*A consultation specific to the young children : analyze of food and oral hygiene behaviors. Effects on the therapeutic assumption of responsibility*

*Bertrand Kremer\*, Marie-Monique Rousset\*\*, Damien Decocq\*\*\**

#### **Résumé**

**Introduction :** L'alimentation des enfants a connu de nombreux changements, ces trente dernières années, avec des conséquences néfastes sur la santé bucco-dentaire. Les boissons et aliments consommés par l'enfant, le manque d'hygiène bucco-dentaire ont donné une recrudescence de polycaries dans certaines familles.

**Matériel et méthodes :** Pour optimiser la prise en charge de ces jeunes patients, nous avons exploité les résultats d'une enquête réalisée sur 138 enfants venus en consultation spécifique, accompagnés de leurs parents, et mis en place un véritable contrat avec les parents et l'enfant avant le début des soins.

**Conclusion :** La motivation parentale et une modification des mauvaises habitudes sont les conditions nécessaires à la pérennité des traitements.

#### **Mots clés**

**consultation ; enfant ; polycaries ;  
alimentation ; brossage.**

#### **Summary**

**Introduction :** *There has been many changes in child nutrition in the last 30 years with harmful consequences on their oral health. The unappropriateness between the real need of the child and actual food and drinks they absorb associated with the lack of proper oral hygiene have produced a dramatic increase of polycarious syndrom within some families.*

**Materials and methods :** *To optimize the follow-up of dental care of young patients, we have carried-out a survey over a population of 138 children, which were visiting our hospital for specific dental cares accompanied with their parents. We have proposed a real deal with both parents and children before initiating any care.*

**Conclusion :** *Parent motivation and modification of bad habits being the necessary conditions for a good duration of treatment.*

#### **Key words**

**consultation ; child ; polycaries ;  
food ; brushing.**

\* UAM d'Odontologie Pédiatrique et Prévention, Lille, France  
AHU Odontologie pédiatrique, Centre A.Caumartin, CHRU, Lille  
PU-PH Odontologie pédiatrique, Centre A.Caumartin, CHRU, Lille  
Attaché bénévole en Odontologie Pédiatrique, Centre A.Caumartin, CHRU, Lille

**Correspondance :** Docteur Bertrand KREMER, Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille, Odontologie Pédiatrique,  
1 Place de Verdun, 59000 Lille, France

## Introduction

**A** lors que depuis plusieurs années, l'indice carieux a diminué en France, les pédodontistes s'accordent à dire qu'une minorité d'enfants accumule la majorité des lésions carieuses [21] et que souvent, ces jeunes ou très jeunes patients présentent un contexte nutritionnel et comportemental particulier, associé à une démission parentale qui ne favorise pas la prise en charge au fauteuil [1, 8, 9, 11, 18, 21, 23-26].

## Les changements alimentaires

**G**lobalement, tous les enfants ont des préférences alimentaires qui correspondent à une évolution complète dans les choix de l'alimentation des familles. S'il est difficile de différencier la consommation enfantine de celle des adultes, les études réalisées ayant pris souvent en compte la population française dans son ensemble [23-26], il est intéressant de rappeler les changements survenus ces trente dernières années dans ce domaine. Ils montrent une progression constante dans la consommation de produits d'origine animale, une diminution de ceux d'origine végétale, et un déclin de certains produits traditionnels à forte valeur nutritive, comme les légumes secs et les pommes de terre.

Toutefois, ces dernières se retrouvent dans des produits élaborés en raison de leur utilisation importante par l'industrie pour la fabrication de biscuits apéritifs, chips ou autres dérivés ; les consommations de pâtes et de riz ont régulièrement augmenté pendant ces années (Tableau I).

**Tableau I :** Consommations des légumes secs, pommes de terre, pâtes et riz.  
Evolution en kg/habitant/an depuis 1970 (INSEE [23-26]).  
*Consumption of dry vegetables, potatoes, pastes and rices.  
Evolution in kg/inhabitant/year since 1970.*

Produit (en kg/habitant/an)	1970	1980	1990	2000
Légumes secs	2,25	1,89	1,56	1,43
Pommes de terre	95,30	67,24	62,42	68,66
Pâtes	6,14	6,23	6,76	7,68
Riz	2,22	3,41	3,72	3,86

Le pain a subi, tout comme les biscottes, un déclin constant depuis 1945 en perdant son rôle d' "aliment de base". Inversement, la consommation de biscuits et de pain d'épices a été plus que multipliée par 2 (Tableau II) [17, 23-26].

**Tableau II :** Consommation des biscottes, des biscuits et pain d'épices.  
Evolution en kg/habitant/an depuis 1970 (INSEE [23-26]).  
*Consumption of toasted bread, biscuit and gingerbread.  
Evolution in kg/inhabitant/year since 1970.*

Produit (en kg/habitant/an)	1970	1980	1990	2000
Pain	80,57	70,90	63,37	59,37
Biscottes	2,08	2,12	1,80	1,88
Biscuits et pain d'épices	5,55	7,49	8,78	11,51

La consommation de produits élaborés fait la part importante aux yaourts dont la consommation a explosé entre 1970 et 2000, et s'il y a une augmentation globale de la consommation de légumes frais, surgelés ou en conserve, il est surprenant de voir une stagnation de celles des fruits frais dont pourtant la variété et la mise à disposition du consommateur sont présentes tout au long de l'année (Tableau III) [17, 19, 23-26, 30].

**Tableau III :** Consommation des légumes surgelés, conserves de légumes, agrumes, yaourts et autres fruits frais.  
Evolution en kg/habitant/an depuis 1970 (INSEE [23-26]).  
*Consumption of frozen vegetable, tinned vegetable, citrus fruits, yoghourt and other fresh fruits.  
Evolution in kg/inhabitant/year since 1970.*

Produit (en kg/habitant/an)	1970	1980	1990	2000
Légumes frais	70,44	67,55	88,34	91,61
Légumes surgelés	0,49	1,89	5,18	6,98
Conserves de légumes	13,50	18,51	23,23	25,38
Agrumes	15,25	16,64	16,45	12,62
Autres fruits frais	41,15	40,03	45,93	44,65
Yaourts	8,56	11,86	16,31	20,48

La consommation de sucre brut a été divisée par trois en trente ans, celle des produits sucrés, comme boissons sucrées, jus de fruits et nectars a été multipliée par 6 pour atteindre 50 litres par habitant et par an (Tableau IV).

**Tableau IV :** Consommation de sucres et produits sucrés. Evolution en kg/habitant/an depuis 1970 (INSEE [23-26]).

*Consumption of sugar and sweetened products. Evolution in kg/inhabitant/year since 1970.*

Produit (habitant/an)	1970	1980	1990	2000
Sucre (kg)	20,41	15,04	10,02	7,08
Confiture de sucre (kg)	3,40	3,21	2,67	4,30
Miel (kg)	0,28	0,36	0,41	0,45
Crèmes glacées (l)	1,61	4,79	6,50	6,56
Boissons gazeuses (l)	19,10	23,79	35,82	41,10
Jus de fruits (l)	2,28	4,49	6,84	12,08

En 1999, a été établi un tableau séparé de la consommation chez l'enfant suivant l'âge (Tableau V).

L'alimentation s'est adaptée aux changements de société avec l'apparition de produits réduisant le travail de préparation ou facilitant le stockage. Le repas est de moins en moins associé au foyer : le nombre de prises alimentaires par semaine en dehors du domicile (restauration collective, entreprise ou écoles) va croissant avec 70 % des déjeuners pris à l'extérieur (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments in [27]). L'étude du Tableau suivant (Tableau VI) montre que Sandwich, pizzas (type restauration rapide) glaces, sodas, qui correspondaient auparavant à des sorties en famille, sont essentiellement consommés au domicile ; ce phénomène favorise le développement du grignotage.

Nous ne reviendrons pas en détail sur le syndrome du biberon [2, 4, 16] qui est bien connu et documenté. Nous rappellerons seulement qu'une alimentation lactée prolongée au-delà de douze mois, la prise régulière d'un biberon contenant jus de fruits, soda, sirop, lait..., une alimentation nocturne sucrée et la prise fréquente de sucre dans la journée par grignotage ont pour conséquences, sur la denture lactéale, une progression rapide des lésions carieuses.

Le même phénomène se retrouve avec l'allaitement maternel prolongé qui peut avoir les mêmes conséquences que la prise d'un biberon [28, 29].

L'alimentation quotidienne trop sucrée et le grignotage ont des conséquences néfastes [2, 16] évidentes sur les dents lactéales : les lésions des incisives maxillaires, premières dents touchées, entraînent un déficit esthétique immédiat.

**Tableau V :** Consommations alimentaires moyennes des enfants de 3 à 14 ans.

Consommation en g./j. selon l'âge (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments in [27]).

*Average food consumption of the children from 3 to 14 years. Consumption in g./j. depending on age.*

Produit	3 à 5 ans	6 à 8 ans	9 à 11 ans	12 à 14 ans
Pain biscottes	35,1	57,9	63,4	87,5
Céréales petit déjeuner	15,4	20,5	21,1	17,3
Pâtes	26,3	33	43,8	44,7
Riz et semoule	16,5	18,6	23,1	26,7
Viennoiseries	19,3	24,4	25,3	27,7
Biscuits	30,4	32,7	26,3	27,8
Pâtisseries	22,6	32,4	34,9	38,8
Lait	247,1	232	201,3	196,2
Fromages	18,3	21,6	23,7	25,3
Œufs et dérivés	9,4	11,8	13,4	11,5
Beurre	7,6	10,3	10,8	11,8
Viandes	34,2	41,7	51,1	59,2
Volailles et gibiers	17,5	23,5	31,5	29,9
Charcuterie	23,6	27,2	26,4	32,8
Poissons	17,8	21,1	21,1	21,2
Légumes (hors pommes de terre)	57,8	72,6	82,6	84,4
Pommes de terre et dérivés	44,4	56,1	67	73
Fruits	71,1	87,2	95,7	80,2
Sucres et dérivés	15,5	19	16,8	21,8
Eaux	401,1	496,8	467,4	537,1
Jus de fruits et sodas	180,3	173,6	198,5	236,8
Pizzas, quiches et tartes salées	11,2	15,6	20,2	24,3
Sandwiches	5,6	8,1	11,5	15,5
Plats composés	49	62,2	78,1	86
Compotes et fruits cuits (g)	10,8	12,6	10,7	8,9

**Tableau VI :** Consommations alimentaires moyennes des enfants à domicile et hors domicile.

Enfants de 3 à 14 ans (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments [27]).

*Child aged from 3 to 14 years. Average food consumption of the children from 3 to 14 years. Consumption in g./j. depending on age.*

Groupe de produits	A domicile	Hors domicile
Sandwichs	53 %	47 %
Glaces	64 %	36 %
Pâtisserie	71 %	29 %
Chocolat	71 %	29 %
Biscuits	72 %	28 %
Jus de fruits et sodas	79 %	21 %
Pizzas, quiches et pâtisseries salées	83 %	17 %
Viennoiseries	83 %	17 %
Lait	94 %	6 %
Céréales pour petit déjeuner	96 %	4 %

D'autre part, selon la sévérité de l'atteinte, l'infection (après nécrose pulpaire) peut atteindre, si aucun traitement n'est effectué, le germe sous-jacent, entraînant une souffrance de ce dernier avec risque de séquelles. Par ailleurs, certaines études nous indiquent qu'une plus grande incidence de caries des surfaces proximales postérieures des dents temporaires est observée en cas d'antécédents de syndrome du biberon.

Le délabrement important des molaires temporaires entraîne une perte de la dimension verticale, mais aussi une perte de potentiel masticatoire.

Enfin, n'oublions pas l'impact psychologique de ce syndrome, le déficit esthétique faisant hésiter l'enfant à sourire, à parler, à s'intégrer dans la vie sociale [2, 7, 10, 12, 13, 15-17, 20].

## Matériel et méthode

### L'enquête

Une enquête a été réalisée pour les 138 premiers patients de moins de 10 ans, venus pour la première fois au Centre de soins.

Ces jeunes patients étant systématiquement accompagnés d'au moins un de leur parents, nous avons demandé à ceux-ci de répondre, dans la séance, à un questionnaire simple.

Nous re prenons ici quelques interrogations qui ont été posées, et les analysons.

### Résultats et analyse

#### Motif de la première consultation ?

**Analyse des résultats :** seulement la moitié des premières consultations sont motivées par la volonté d'un contrôle préventif (Fig. 1).

De plus, si l'on affine la question, une partie des enfants venus pour un contrôle a présenté un épisode douloureux avant la prise de rendez-vous. La prévention par contrôle systématique n'est pas entrée dans les mœurs.

### Habitudes de l'enfant

#### Hygiène bucco dentaire

A la question "l'enfant se brosse-t-il les dents régulièrement (matin, midi, soir, avant ou après le repas)",

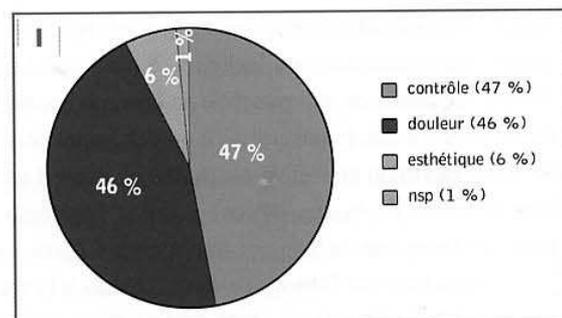
les réponses sont plutôt positives : 38 % se brossent les dents le matin, 6 % le midi et 53 % le soir, avec une majorité de brossage après les repas.

Cependant, compte tenu de ce qui est visualisé à l'examen clinique, certaines réponses perdent de leur crédibilité avec, régulièrement, un brossage insuffisant, voire inexistant, chez des sujets prétendant se brosser les dents deux fois par jour.

Il semble que les réponses reflètent ce que l'enfant sait qu'il doit faire, mais non ce qu'il fait.

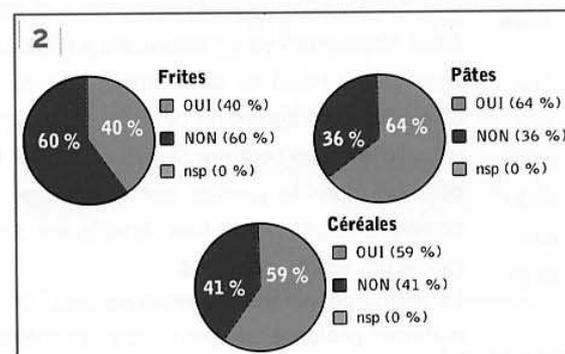
### Hygiène alimentaire

Nous avons interrogé les enfants sur leur consommation au cours des repas de frites, de pâtes ou encore de céréales au petit-déjeuner. (Fig. 2)



**Fig. 1 :** Première consultation en Odontologie Pédiatrique. Motif de consultation avancé par un échantillon de 136 patients de moins de 10 ans du Centre Abel CAUMARTIN.

*First consultation in Pediatric Dentistry. Reason for consultation advanced by a sample of 136 patients of less than 10 years consulting the Abel CAUMARTIN Center.*

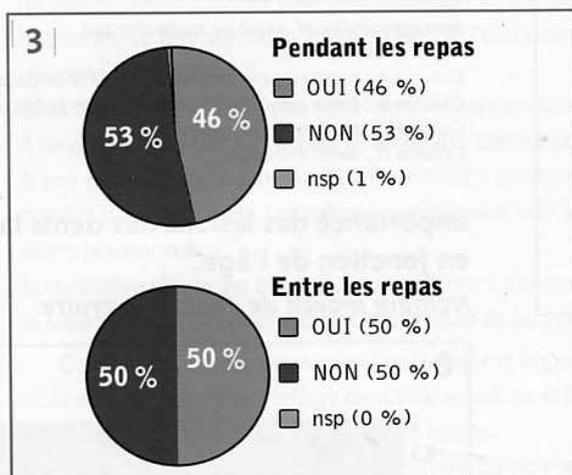


**Fig. 2 :** Consommation de frites, pâtes et céréales. Pourcentage d'enfants consommant des frites, pâtes et céréales plus de 2 fois par semaine.

*Frites, pasta and cereales consumption. Percentage of children consuming chips, pastes and cereals more than 2 times per week.*

**Analyse des résultats :** Le pourcentage d'enfant qui consomment plus de deux fois par semaine des frites, pâtes et céréales est très élevé. Or, ces amidons cuits sont d'autant plus nocifs en cas de mauvaise hygiène bucco-dentaire.

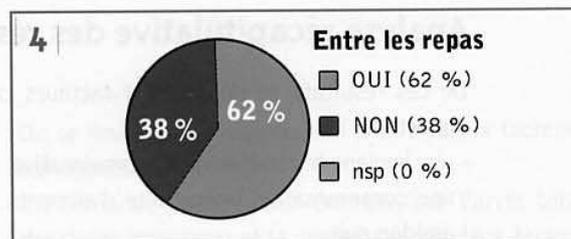
A la question "Boit-il de l'eau, du sirop, du jus de fruits ?" environ 80 % des enfants répondent boire de l'eau pendant et entre les repas. Ce résultat est à mettre en parallèle avec l'analyse de la consommation de sirop pendant et entre les repas : un pourcentage élevé d'enfant (presque 50 %) consomment de l'eau mais additionnée de sirops ou du soda (Fig. 3).



**Fig. 3 :** Consommation des boissons sucrées pendant et en dehors des repas.  
Proportion de sirops et de sodas sur la consommation de boissons des enfants.  
*Consumption of sweetened drinks during and between meals.  
Proportion of syrups and sodas on the drink consumption of the children.*

A cela, s'ajoute une consommation élevée de jus de fruits entre les repas (Fig. 4).

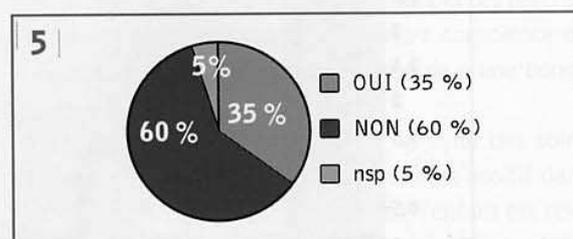
**Analyse des résultats :** La consommation d'eau pure n'est que très rarement exclusive ; les boissons sucrées sont de consommation courante.  
(Dans ce questionnaire, nous précisons maintenant le terme "eau pure" dans la demande).



**Fig. 4 :** Consommation des jus de fruits en dehors des repas.  
Pourcentage d'enfants consommant du jus de fruit en dehors des repas.

*Consumption of the fruit juices apart from the meals.  
Percentage of child consuming fruit juice apart from the meals.*

Nous avons ensuite demandé aux parents si l'enfant s'endormait avec un biberon de lait (Fig. 5).



**Fig. 5 :** Consommation d'un biberon de lait au moment de l'endormissement.  
Pourcentage d'enfants consommant du lait dans le biberon.  
*Consumption of a milk feeding-bottle at the time to fall asleep.  
Percentage of children consuming milk in the feeding-bottle at the time to fall asleep.*

**Analyse des résultats :** 35 % des enfants ont pris un biberon pour l'endormissement.

Enfin, nous avons abordé la question des collations entre les repas (goûters, prise alimentaires à la demande...). La tendance au grignotage est marquée : 60 % des enfants interrogés reconnaissent avoir au minimum 5 prises alimentaires par jour et plus de 40 % d'entre eux disposaient en permanence de sucreries ou de biscuits salés.

L'apparition de polycaries du même type que le "syndrome du biberon" a pour origine la prise de boissons sucrées à la demande et le grignotage : les résultats montrent que le pourcentage d'enfants qui sont porteurs de nombreuses caries est supérieur à celui des jeunes patients qui prenaient un biberon pour s'endormir.

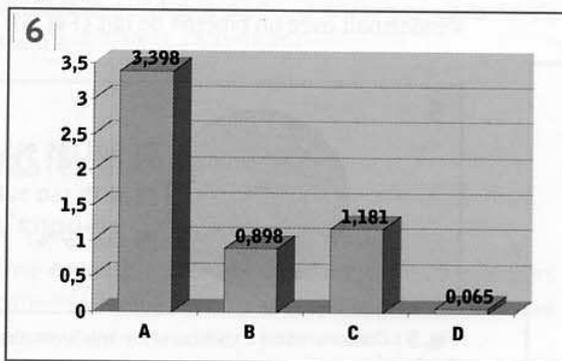
## Analyse récapitulative des résultats

De ces résultats, se dégagent 4 facteurs cariogènes importants :

- une hygiène bucco-dentaire approximative,
- une consommation importante d'aliments riches en amidon cuit,
- un attrait certain pour les boissons sucrées,
- un grignotage nettement répandu.

## Conséquences sur l'état de la denture

### Nombre moyen de dents lactéales atteintes (Fig. 6)



**Fig. 6 :** Nombre moyen de dents temporaires atteintes.  
Profondeur de l'altération  
Colonne A : dents soignables sans pulpotomie ou pulpectomie.  
Colonne B : dents soignables par pulpotomie ou pulpectomie.  
Colonne C : dents à extraire.  
Colonne D : dents extraites

*Average number of temporary tooth affected.  
Depth of deterioration.  
Column A : tooth curable without pulpotomie or pulpectomie.  
Column B : tooth curable with pulpotomie or pulpectomie.  
Column C : tooth to be extracted.  
Column D : tooth extracted.*

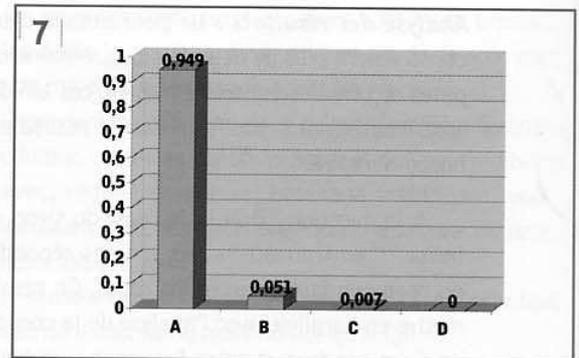
En moyenne, la somme des dents atteintes (A+B+C+D) est de 5,5 par enfant.

La somme des dents fortement délabrées (B+C+D) est de 2,1 par enfant.

### Nombre moyen de dents permanentes atteintes (Fig. 7)

En moyenne, la somme des dents atteintes (A+B+C+D) est de 1 par enfant.

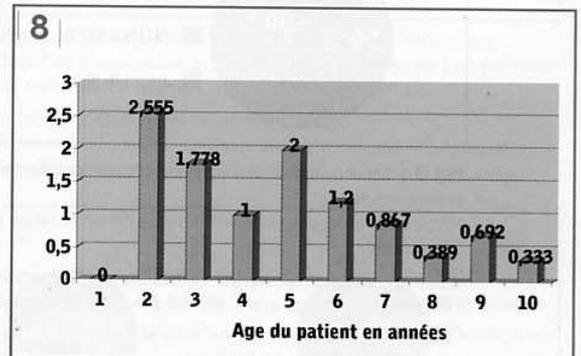
La somme des dents fortement délabrées (B+C+D) est de 0,06 par enfant.



**Fig. 7 :** Nombre moyen de dents définitives atteintes.  
Profondeur de l'altération  
Colonne A : dents soignables sans pulpotomie ou pulpectomie.  
Colonne B : dents soignables par pulpotomie ou pulpectomie.  
Colonne C : dents à extraire.  
Colonne D : dents extraites.  
*Average number of definitive tooth affected.  
Depth of deterioration  
Column A : tooth curable without pulpotomie or pulpectomie.  
Column B : tooth curable with pulpotomie or pulpectomie.  
Column C : tooth to be extracted.  
Column D : tooth extracted.*

## Importance des lésions des dents lactéales en fonction de l'âge.

### Nombre moyen de dents à extraire.



**Fig. 8 :** Influence de l'âge sur le nombre de dents à extraire.  
Nombre de dents à extraire par tranche d'âge.

*Influence of age on the number of teeth to be extracted.  
A number of teeth to be extracted by age bracket.*

**Analyse des résultats :** les enfants de 1 à 7 ans accumulent la majorité des pathologies. Un pic important de pathologies dentaires graves est observé entre 2 et 4 ans. Après 7 ans, la chute des pathologies peut s'expliquer par la précocité des extractions.

## Conclusion

### Prise en charge et contrat de soins

Les résultats obtenus nous ont permis de faire prendre conscience à l'entourage de l'enfant des pathologies rencontrées et d'établir un véritable contrat de soins avec les parents.

La prise en charge d'un jeune enfant porteur de polycaries demande du temps, de l'énergie et de la patience à l'équipe soignante. D'autant plus qu'il s'agit fréquemment d'un enfant peu coopérant qui a déjà refusé plusieurs fois les soins dans les structures classiques. Quel que soit le type de prise en charge qui sera privilégié pour l'enfant, celle-ci ne peut se concevoir qu'après avoir obtenu une amélioration nette des habitudes et une véritable implication de l'entourage du jeune patient.

Si le thérapeute n'exige pas cette motivation familiale, il ne pérennisera pas son travail et ne rendra pas service à son patient : au contraire, il le retrouvera quelques années plus tard avec les mêmes pathologies sur les dents permanentes.

La première démarche thérapeutique sera donc d'obtenir la suppression de plusieurs facteurs étiologiques de la carie.

Corriger toutes les mauvaises habitudes est impossible en une seule fois. L'effort demandé serait en effet trop grand et ne sera pas suivi dans le temps.

De plus, il est important de faire prendre conscience que la modification concerne l'enfant mais aussi toute la famille et que le travail demandé (par exemple, ne boire que de l'eau pure) devra être une démarche commune à l'entourage de l'enfant.

On se limitera à la suppression d'un ou deux facteurs cariogènes :

La demande portera, par exemple, sur l'arrêt total des sirops dans l'eau, et la disparition des chips, facteur de grignotage.

Pour d'autres, ce seront l'arrêt du biberon et le remplacement des sucreries par des chewing-gums sans sucre cariogène.

A cela, doit s'ajouter une amélioration des habitudes de brossage : il faut privilégier les séances de "brossage en famille" afin de créer une routine de l'hygiène : cela améliore la qualité du brossage de l'enfant et des parents, et permet au jeune patient de prendre conscience de l'importance que son entourage accorde à une bonne hygiène bucco-dentaire.

Après avoir répondu à l'urgence, la suite des soins ne sera entreprise que s'il y a un résultat positif dans les habitudes d'hygiène : dans ce but, l'enfant est revu en consultation un mois plus tard pour contrôler la réalité de sa motivation et de celle de son entourage.

Seule une amélioration réelle nous permettra de définir alors une thérapeutique adaptée à l'enfant.

Si rien n'a changé, une nouvelle séance de motivation sera effectuée qui ne sera pas suivie de soins, tant qu'un changement de comportement ne sera pas effectif.

Nous considérons aujourd'hui que nous obtenons un vrai progrès, dès le premier mois, pour une famille sur trois.

## Références

- 1 APFELBAUM M, FERRAT C, NILLUS P. Diététique et nutrition (pp. 137-140). Masson Ed, Paris, 2001.
- 2 BERKENBOOM M. Polycaries chez le jeune enfant. Rev Belge Med Dent 1992 ; 47(1) : 75-7.
- 3 BETTEMBOURG M, DROZ M, WEISENBACH M. La prévention en pédiodontie. Inf Dent 1988 ; 42 : 4348-50.
- 4 BIGEARD L. Les sirops pédiatriques sucrés : une source de saccharose. Inf Dent 1995 ; 12 : 911.
- 5 DEFFEZ J-P, BOROWSKI B, LANDRU M, MARTHALER TH, GUILLAIN M. Du syndrome du biberon à la prévention bucco-dentaire. Dent Plus 1991 ; 4 : 11
- 6 DESFONTAINES J. La prévention de la carie : le Fluor. Rev Ortho Dent Fac 2002 ; 36 : 344-5, 353-8, 535-50.
- 7 DROZ D, BLIQUE M. Contrôle du risque alimentaire et prophylaxie dentaire individuelle en omnipratique. Inf Dent 1999 ; 20 : 1408-9.

- 8** DUPIN H. L'alimentation des Français (pp. 14-18, 24, 30). Les Editions ESP, 1974.
- 9** FISCHLER C. L'omnivore (pp. 93-103, 108-113, 183-184, 202-204). Editions Odile Jacob, Paris, 2001.
- 10** GAGNON PF. Les habitudes alimentaires de la première enfance et l'apparition de la carie rampante. J Dent Québec 1984 ; 21 : 120-1.
- 11** JOUBERT-NOIRRIET L. Alimentation et santé dentaire. Chir Dent Fr 1996 ; 813 : p. 18, 28.
- 12** JOUBERT-NOIRRIET L. Alimentation et santé bucco-dentaire chez les enfants. Dialogue 1998 ; 5 : 46.
- 13** KANDELMAN D. La dentisterie préventive (pp 39, 197, 225). Les Presses de l'Université de Montréal. Editions Masson, Paris, 1989.
- 14** KOCH G, POULSEN S. Pediatric Dentistry : a clinical approach (pp. 128-131). Editions Munksgaard, 2001.
- 15** LACHAPPELLE H, TRAHAN L. Les glucides et la carie dentaire. J Dent Québec 1984 ; 21 : 61-2, 7.
- 16** LACROIX I, B H, K D. La carie du biberon. J Dent Québec 1997 ; 34 : 370-4.
- 17** LIMME M. Conduites alimentaires et croissance des arcades dentaires. Rev Ortho Dent Fac 2002 ; 36(3) : 289-309.
- 18** MONCEAU C, BLANCHE-BARBAT E, ECHAMPE J. La consommation alimentaire depuis quarante ans : des produits de plus en plus élaborés. INSEE PREMIERE 2002 ; 846 : 1-4.
- 19** RIGNOLS E. La consommation des ménages depuis quarante ans : perte de vitesse des produits traditionnels. INSEE PREMIERE 2002 ; 832 : 1-4.
- 20** ROUAUD C. Alimentation : comment bien éduquer vos patients. Tonus 1989 ; 144 : 19-21.
- 21** SIXOU J-L. Acquisition des Streptocoques Mutans par l'enfant. J Odonto-Stomatol Pediatr 2003 ; 10(1) : 19-31.
- 22** TRILLER M, SOMMERMATER J, CLERGEAU-GUERITHAULT S. Fluor et prévention de la carie dentaire (p 206). Editions Masson, Paris, 1992.
- 23** ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA FRANCE. Résumé rétrospectif. INSEE, 1966.
- 24** ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA FRANCE. Résumé rétrospectif. INSEE, 1978.
- 25** ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA FRANCE. Résumé rétrospectif. INSEE, 1986.
- 26** ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA FRANCE. Résumé rétrospectif. INSEE, 2004.
- 27** MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. < <http://www.santé.gouv.fr> > (consulté le 1/11/2004)
- 28** Des choses et d'autres. < <http://membres.lycos.fr/unpeudetout/index.htm?eaux> > (consulté le 1/11/2004)
- 29** La leche League International < <http://www.lalecheleague.org> > (consulté le 1/11/2004)
- 30** MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. < <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri022.htm> > (consulté le 1/11/2004)

## ANNEXE 2

Entretien n°

### ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

#### Contexte de l'étude

En odontologie pédiatrique, la carie de la petite enfance représente un problème majeur. Elle est due essentiellement à des carences dans l'hygiène alimentaire et buccodentaire. Malgré des politiques de prévention sur un plan tant régional que national une petite tranche de la population (environ 20% des enfants) reste fortement atteinte. Les conséquences tant individuelles pour l'enfant que collectives, notamment en terme de santé publique, sont particulièrement importantes.

Dans ce contexte où les actions « classiques » de prévention et d'information restent vaines, des approches différentes émergent afin d'obtenir une responsabilisation des parents du jeune enfant. Parmi celles-ci on constate que certains praticiens sont tentés de conditionner leurs soins, hors contexte d'urgence, à l'arrêt ou tout au moins à l'amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et buccodentaire.

Notre étude a pour but d'évaluer les pratiques et d'analyser ces approches d'un point de vue légal, déontologique et éthique.

#### Votre profil

**Homme**

**Femme**

Age : \_\_\_\_\_

**Praticien hospitalo-universitaire**

**CDL**

**Etudiant T1**

**Pédodontiste exclusif**

Oui

Non

Si non, proportion d'enfants soignés

0 à 10%

10 à 25%

25 à 50%

50 à 75%

+ de 75%

*Proportion d'enfants de 0 à 6 ans :*

0 à 10%

10 à 25%

25 à 50%

50 à 75%

+ de 75%

**Département d'activité : \_\_\_\_\_**

**Pratiquez-vous régulièrement des avulsions :**

Sous sédation consciente par inhalation de MEOPA      Oui      Non

Sous anesthésie générale      Oui      Non

**Pratiquez-vous régulièrement des soins :**

Sous sédation consciente par inhalation de MEOPA      Oui      Non

Sous anesthésie générale      Oui      Non

1) Parmi les enfants de 0 à 6 ans que vous soignez, quel est le taux d'enfants présentant des syndromes polycariex ?

0 à 10%      10 à 25%      25 à 50%      50 à 75%  
+ de 75%

Quels sont les facteurs essentiels qui expliquent ce syndrome?

*Etiologies habituelles + fragilisation cellule familiale, démission parentale, enfant roi, milieu socioéconomique ? autres ?*

2) Quelles méthodes utilisez vous pour promouvoir la santé buccodentaire chez ces enfants ? Sont – elles différentes de celles utilisées habituellement ?

3) Par quels moyens vérifiez-vous la compréhension de l'information ? Comment estimez-vous que le « contrat » de soin est compris ?

4) Dans le cas où aucune amélioration n'est observée au cours des séances de soins, quelle attitude adoptez-vous ?

5) Pensez-vous que l'amélioration du système de soin français passe par une responsabilisation du patient ? Si oui, par quels moyens peut-on responsabiliser les patients (en l'occurrence ici les parents du jeune enfant)?

6) De telles solutions sont-elles applicables à l'enfant polycarié et à ses parents ? Oui, non, pourquoi ?

7) Seriez-vous prêt à conditionner la poursuite de vos soins à l'amélioration ou à l'arrêt des habitudes nocives ? oui / non

L'avez-vous déjà fait ? oui/non Pour quelles raisons précises ?

Quelles en ont été les conséquences ?

8) Pour ces derniers patients quelles solutions proposeriez-vous pour éviter d'« abandonner » l'enfant sur le plan thérapeutique ?

## ANNEXE 3

<b>QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES ETUDIANTS DE T1</b>
--

Docteur Thomas TRENTESAUX  
AH-AU, Odontologie pédiatrique, Lille.

Questionnaire réalisé dans le cadre d'un master 2 de recherche en éthique,  
Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail.

### Contexte de l'étude

En odontologie pédiatrique, la carie de la petite enfance représente un problème majeur. Malgré des politiques de prévention sur un plan tant régional que national, une petite tranche de la population (environ 20% des enfants) reste fortement atteinte.

**Dans ce contexte où les actions « classiques » de prévention et d'information restent vaines, des approches différentes émergent afin d'obtenir une responsabilisation des parents du jeune enfant. Parmi celles-ci, on constate que certains praticiens sont tentés de conditionner leurs soins, en dehors de l'urgence, à l'arrêt ou tout au moins à l'amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et buccodentaire. Notre étude a pour but d'évaluer les pratiques et d'analyser ces approches d'un point de vue légal, déontologique et éthique.**

- 1- Avez-vous déjà travaillé en cabinet ? **OUI** **NON**
- Dans ce cadre avez-vous rencontré des jeunes enfants atteints de caries précoces ?
- OUI** **NON**
- 2- Si oui, quels moyens avez vous utilisés pour informer et motiver enfants et parents à l'hygiène buccodentaire et alimentaire ?
- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Conseils oraux</b>                          | <b>Support vidéo</b>         |
| <b>Démonstration sur modèle</b>                | <b>Don de matériel d'HBD</b> |
| <b>Support papier, plaquette d'information</b> |                              |
| <b>Autre,</b>                                  |                              |
| <b>précisez : .....</b>                        |                              |
- 3- Suite à cela, avez-vous constaté une amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et buccodentaire ? **OUI** **NON**
- 4- Si non, quelle attitude avez-vous adoptée ? (*une seule solution possible*)
- |  |                    |
|--|--------------------|
| <b>Nouvelle séance de prévention seule</b>       | <b>Soins seuls</b> |
| <b>Soins + Prévention</b>                        |                    |
| <b>Refus de soin en l'absence d'amélioration</b> |                    |
- 5- Dans le cas où vous refusez les soins... :
- Vous proposez de revoir l'enfant ultérieurement, dans quel délai ?.....**
- Vous adressez l'enfant à un confrère ou à un centre de soins.**
- Vous ne faites rien.**
- 6- Dans le cas où vous n'avez pas refusé les soins, quels arguments vous ont poussés à soigner« coûte que coûte » ?
- .....
- .....
- .....
- .....

6 bis- Seriez-vous prêts à envisager des soins sous conditions ?

<b>Dans</b>	<b>quels</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b> <b>cas ?</b>
.....			
.....			
.....			

7- Pensez-vous que la responsabilisation des parents et leur implication dans la relation thérapeutique passent par des soins « sous conditions » ?

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
8- Existe-t-il d'après vous d'autres solutions, lesquelles ?		
.....		
.....		
.....		

**9- Pensez-vous avoir été préparé durant votre formation initiale à la prise en charge de tels patients ?**

Oui, tout à fait	Oui, un peu	Non, pas suffisamment	Non, pas du tout
------------------	-------------	-----------------------	------------------