

Année 2009  
Numéro 2  
Juin

# Lettre en Santé Publique Bucco- Dentaire



Bulletin de la Société Française des **Acteurs de Santé Publique Bucco-Dentaire**  
[www.aspbdd.fr](http://www.aspbdd.fr)

## Editorial

Vous avez sous les yeux, le deuxième numéro de cette Lettre qui, à l'image de notre association, cherche à mieux faire connaître les différents acteurs de la santé publique bucco-dentaire.

C'est ainsi que des quartiers prioritaires de Grenoble aux consultations du Samusocial de Paris en passant par le portrait d'un odontologiste pédiatrique à l'Hôpital des enfants de Toulouse, ce numéro donne à voir une diversité d'intervenants qui cherchent, à leurs niveaux, à créer les conditions d'un accès à la prévention et aux soins pour tous.

Cette démarche est d'autant plus nécessaire, que nous avons eu connaissance, ces dernières semaines, de l'étude menée par Caroline Desprès (IRDES) sur le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Cette étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens, confirme la nécessité pour les Pouvoirs publics de se pencher sur les causes d'une telle discrimination.

En octobre 2006, l'ASPBD a formulé treize recommandations, suite à une journée de travail sur ce thème qui regroupa l'essentiel des acteurs de l'action sanitaire et sociale en santé bucco-dentaire.

Ces propositions nous les avons en son temps présentées au cabinet du Ministre de la santé. Elles sont toujours d'actualité.

Nous vous invitons à les redécouvrir sur le site : [www.aspbdd.fr](http://www.aspbdd.fr)

Ce numéro, s'inscrit donc bien dans la continuité des réflexions, des recherches des acteurs de la santé publique bucco-dentaire, et de notre association.

Bonne lecture, et faites nous part rapidement de vos remarques.

Dr Fabien Cohen

### Dans ce numéro

EDITORIAL	1
PRATIQUE DE TERRAIN	
Dépistage et suivi des caries dentaires dans les écoles des quartiers prioritaires de Grenoble	2
La consultation d'orientation bucco-dentaire du Samusocial de Paris	5
RUBRIQUE Archéodont	10
Les hypoplasies linéaires de l'émail dentaire dans les populations anciennes	
PORTRAIT	13
LECTURES	15
AGENDA	17

## Dépistage et suivi des caries dentaires dans les écoles des quartiers prioritaires de Grenoble

F. Perrin, S. Boussuges, M. Marquet, C. Brun, L. Patois. Ville de Grenoble

**Résumé :** Face aux inégalités de santé bucco dentaire observées entre les enfants des quartiers de Zone Urbaine Sensible (ZUS) et les enfants du reste de la ville, le service de Santé Scolaire de la Ville de Grenoble a impulsé en 2006 une action de renforcement du dépistage et du suivi dentaire dans les écoles en ZUS. Des actions d'éducation à l'hygiène bucco dentaire sont menées dès l'école maternelle en lien avec les acteurs de la Santé Scolaire, de l'Education Nationale et des structures de quartier. Pour les enfants dépistés avec des problèmes dentaires sérieux, c'est un accompagnement individualisé des familles qui permet un accès effectif aux soins.

### Santé Scolaire : le choix politique de la proximité

Le Service Municipal de Santé Scolaire intervient dans 53 écoles maternelles et 48 écoles élémentaires de la Ville de Grenoble, par délégation de l'Education Nationale et du Conseil Général. Les professionnels (médecins, assistantes sociales, secrétaires médico-sociales, chirurgien dentiste, assistante dentaire,...) assurent les missions de veille sanitaire et sociale, d'accompagnement de la scolarité, de développement d'actions de prévention, de sensibilisation et d'éducation pour la santé auprès des 12500 enfants scolarisés de la Petite Section de maternelle au CM2, avec un effort particulier en faveur des quartiers prioritaires de la ville (ZUS).

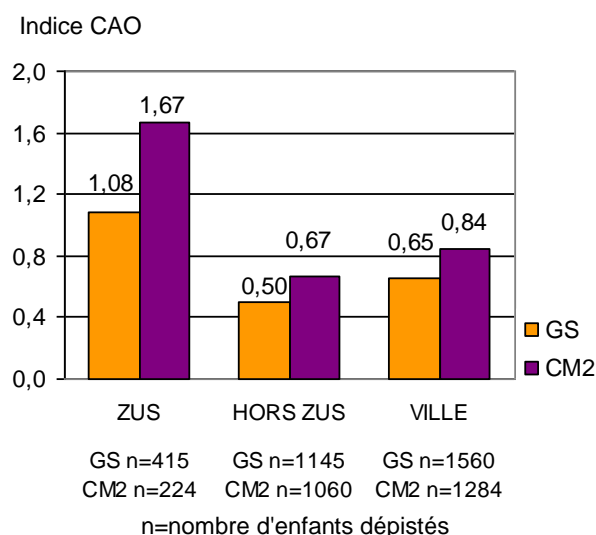
### Constats en santé bucco dentaire

Les données statistiques recueillies au cours des dernières années ont permis de pointer des disparités évidentes entre les écoles des quartiers ZUS (Zone Urbaine Sensible) et hors ZUS. Ces écarts observés confirment le statut des caries dentaires comme marqueur social précoce et révélateur d'inégalités sociales de santé. L'indice CAO (ou indicateur d'atteinte carieuse) qui totalise le nombre de dents cariées, de dents obturées et de dents absentes permet de mettre en avant ces inégalités face à la prévention et à l'accès aux soins des enfants d'âge scolaire. Sur l'année scolaire 2007/2008, l'indice CAO moyen à l'échelle de la Ville est de 0,65 chez les Grandes Sections (GS) de maternelle et de 0,84 chez les CM2.

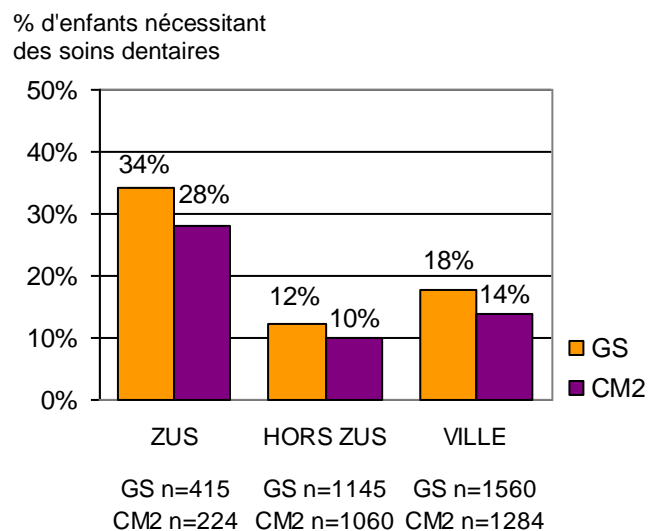
L'indice CAO des enfants de 6 et 12 ans est deux fois plus élevé dans les écoles en ZUS qu'en école hors ZUS (à 6 ans, l'indice CAO est de 0,50 en hors ZUS versus 1,08 en ZUS, voir [Figure 1](#)).

Même constat pour les besoins de soins dentaires, ils sont près de trois fois plus importants chez les enfants d'écoles en ZUS qu'en hors ZUS. En CM2, 28% des enfants des écoles en ZUS nécessitent des soins dentaires (ou présentent au moins une carie non soignée) contre 10% en école hors ZUS (voir [Figure 2](#)).

**Figure 1 :** Indice CAO des enfants de GS et CM2 en 2007/2008 selon la zone ZUS ou non, Ville de Grenoble



**Figure 2 :** Pourcentage d'enfants de GS et CM2 nécessitant des soins dentaires en 2007/2008 selon la zone ZUS ou non, Ville de Grenoble



**Objectifs du projet de renforcement des actions de terrain**

Par un projet expérimental "Dispositif de Réussite Educative" du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) 2006-2009, la Ville se donne pour objectif d'améliorer l'état de santé bucco dentaire des enfants par un renforcement des interventions de dépistage et de suivi du chirurgien dentiste dans les écoles en ZUS et la mise en place d'actions systématiques d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (voir schéma du dispositif, Figure 3).

Les dépistages dentaires étaient réalisés auprès de l'ensemble des enfants des classes de GS et de CM2 de la Ville. Avec l'appui d'une assistante dentaire, les dépistages systématiques sont élargis aux classes de CP et de CM1 des écoles en ZUS. Un suivi en CE1 ZUS est également réalisé auprès des enfants ayant été dépistés avec des caries non soignées l'année précédente.

Le recrutement de l'assistante dentaire permet ainsi de donner plus d'impact aux résultats du dépistage dans les écoles en ZUS, d'élaborer des outils de suivi, d'assurer l'accompagnement vers les soins et de contribuer à la mise en place d'actions transversales d'éducation pour la santé bucco-dentaire en GS et CP, en fonction de l'âge et des acquis des enfants.

**Du dépistage aux soins effectifs / Un pas vers l'accès aux soins**

Les enfants qui présentent une atteinte carieuse importante au moment du dépistage nécessitent un accompagnement individualisé vers les soins.

A la suite d'une concertation au sein de l'équipe de santé scolaire, l'assistante dentaire rencontre les parents à l'école afin d'expliquer l'urgence et la nécessité de soins pour leur enfant. Elle fait le lien avec les assistantes sociales scolaires et les

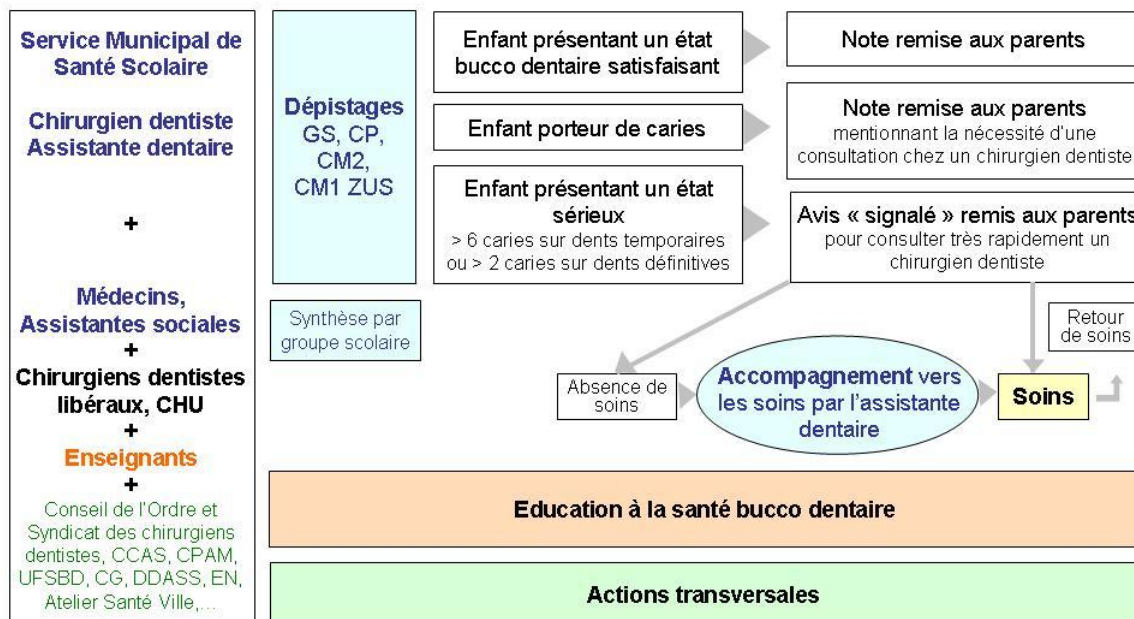
chirurgiens dentistes libéraux pour assurer des soins effectifs.

Pour les enfants dépistés avec un « syndrome du biberon » (ou multi caries avec destruction dentaire majeure), l'assistante dentaire accompagne la famille au CHU lors des premières consultations de radiographie et avec l'anesthésiste. Les parents sont informés, orientés et appuyés dans les démarches administratives. A l'issue de l'opération, l'accompagnement de la famille se poursuit en vue d'assurer un suivi rapproché avec le chirurgien dentiste de la famille ainsi qu'une sensibilisation sur l'hygiène bucco dentaire.



Dépistage d'un enfant par le chirurgien dentiste scolaire et suivi des données du dépistage par l'assistante dentaire

**Figure 3 : Schéma du dispositif mis en place par le service de Santé Scolaire de la Ville de Grenoble**



### De l'éducation à la santé bucco-dentaire dès la maternelle

La prévention précoce des caries dentaires est garante de l'acquisition de bons comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire chez l'enfant. Les séances d'éducation à la santé bucco-dentaire sont préparées avec les enseignants, sous forme ludique, pratique (brossage des dents) ou complémentaire à des actions d'éducation nutritionnelle avec la diététicienne scolaire. Des brochures d'information et de prévention des caries multiples de la petite enfance ont été élaborées par le service et sont diffusées auprès des parents et des professionnels (crèches, PMI). En 2006/2007, 38 interventions de l'assistante dentaire ont permis de sensibiliser environ 1000 enfants de GS et de CP au brossage des dents et à l'hygiène bucco-dentaire. En 2007/2008, ce sont 1500 enfants qui ont été sensibilisés au cours de 69 interventions.

Ces actions ont également davantage touché les parents : 265 parents sensibilisés lors d'animations réalisées par les enfants à l'école sur le thème de l'hygiène bucco dentaire et 50 autres rencontrés de manière individuelle par l'assistante dentaire.

### Premiers résultats des actions mises en place

Au total, 3420 enfants ont bénéficié d'un dépistage dentaire au cours de l'année scolaire 2007/ 2008, dont 1168 en école ZUS et 71 enfants suivis en CE1 ZUS.

En 2007/2008, sur ces 1168 enfants de GS, CP, CM1 et CM2 des écoles en ZUS ayant bénéficié d'un dépistage :

- un sur deux est indemne de caries dentaires (603 enfants),
- un sur trois a besoin de soins (410) dont 16% dépistés avec plus de quatre caries non soignées (65),
- 18 enfants de GS et CP présentent un syndrome du biberon avec destruction dentaire majeure.

Sur 181 enfants de CP, CE1 et CM2 porteurs de caries en 2006-2007 qui ont fait l'objet d'un suivi en 2007-2008, près de la moitié sont entrés en soins avant fin 2008 (85, soit 47%), d'après le suivi réalisé par l'assistante dentaire. (voir [Tableau 4](#)).

La part d'enfants indemnes de caries dentaires est passée de 48% (589 enfants indemnes sur 1223 dépistés) à 52% (603 enfants indemnes sur 1168 dépistés) en GS, CP, CM1 et CM2 entre 2006/2007 et 2007/2008.

Les actions de prévention au sein des écoles sont bien perçues, tant par les enseignants que par les parents. Les attentes fortes exprimées par des enseignants ont déjà conduit à quelques extensions des actions d'éducation pour la santé en direction de nouvelles classes mais aussi de manière plus transversale avec la participation d'autres acteurs de la santé et du social à l'échelle des quartiers de la ville.

L'assistante dentaire éprouve cependant des difficultés pour rencontrer certains parents et obtenir leur adhésion à la démarche de soins. Les abandons de soins sont encore fréquents. A cela s'ajoute des difficultés d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU. La Santé Scolaire devient ici un observateur privilégié des difficultés rencontrées par les parents pour soigner leur enfant. On note également une persistance de retards à la pratique des soins : complexité des soins dentaires chez les jeunes enfants et faible proportion de chirurgiens dentistes soignant les dents temporaires.

Des liens se tissent progressivement entre la Santé Scolaire et les acteurs locaux de la santé bucco-dentaire (service stomatologie du CHU, chirurgiens dentistes libéraux) mais aussi plus largement dans le cadre de l'Atelier Santé Ville où un comité technique de santé bucco dentaire réunit le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, le Syndicat des Chirurgiens Dentistes, l'UFSBD, le CCAS de Grenoble, le Conseil Général de l'Isère, la DDASS, le CHU, la CPAM,...

### La Santé bucco-dentaire des enfants, vers un droit commun?

Le dépistage assuré par le Service de Santé Scolaire met en évidence des situations bucco-dentaires préoccupantes qui ne trouvent pas toujours de réponses adéquates dans le système de soins.

Outre les problématiques d'accès aux soins, des questions de prise en charge des affections bucco-dentaires infantiles se posent. Les soins sur les dents temporaires sont-ils délaissés? L'acte préventif de scellement des sillons est recommandé par la Haute Autorité de Santé chez les enfants présentant un risque carieux élevé, comment cette recommandation est-elle relayée auprès des chirurgiens dentistes libéraux? Y'a-t-il un besoin de formation pour les chirurgiens dentistes sur les soins dentaires des enfants? Une cotation spécifique de ces actes par l'Assurance Maladie?

L'accès aux soins dentaires de tous les enfants doit être un objectif prioritaire d'un plan local de Santé Publique mobilisant de façon concertée l'ensemble des professionnels de santé concernés.

**Tableau 4** : Résultats des dépistages et suivis bucco-dentaires en GS, CP, CM1 et CM2

Année Scolaire	2006/2007	2007/2008
Nombre d'enfants <b>dépistés</b> en ZUS	1223	1168
Nombre d'enfants <b>indemnes</b> de caries dentaires	→ 589 (48%)	→ 603 (52%)
Nombre d'enfants <b>nécessitant des soins dentaires</b>	→ 378 (31%)	→ 410 (35%)
Nombre d'enfants dépistés avec <b>plus de 4 caries</b>	→ 53 (4%)	→ 65 (5%)

## La consultation d'orientation bucco-dentaire au Samusocial de Paris

S. Emmanuelli, P. Hugues, Samusocial de Paris

La mise en place de la consultation bucco-dentaire au Samusocial de Paris est le prolongement d'un travail de recherche conduit par Sophie Emmanuelli au Centre d'hébergement et d'assistance pour les personnes sans abri (CHAPSA) de Nanterre (92) en 1997 dont l'objectif était d'examiner la pertinence d'un lieu fixe de consultations dentaires adressé au seul public de patients en grande exclusion.

Cette étude avait mis en évidence un problème de santé publique concernant la santé bucco-dentaire de cette population avec un état de santé bucco-dentaire très dégradé, un besoin de soins important. La difficulté d'accès aux soins représentait une des explications premières de ce phénomène. Mais il faut aussi prendre en considération les modifications de l'image corporelle et du rapport au corps de ces populations très désocialisées, ainsi que leur difficulté à entamer une démarche volontaire et une situation de vie contingente qui ne permet pas de prioriser la santé ni d'exprimer ses ressentis pour expliquer le retard à l'accès aux soins dentaires et ainsi l'omniprésence dans leurs bouches de lésions dentaires. Toutefois il est apparu qu'à partir du moment où on les sollicitait ces personnes répondaient favorablement et formulaient une demande.

Ce travail a mis l'accent sur le fait que les médecins, du fait sans doute d'une formation insuffisante, ne considéraient pas les problèmes dentaires comme une pathologie majeure pouvant être à la source ou facteur d'aggravation de certaines pathologies et ne s'y intéressaient pas. Ceci était d'autant plus vrai que ces pathologies dentaires ne sont pas spécifiques des exclus, leur doléances ne sont pas différentes de celles de la population globale mais que la spécificité réside dans le fait qu'elles ne sont pas exprimées de la même manière et donc nécessite une écoute différente.

Une des conséquences pratiques de cette analyse a été de préconiser une attitude volontariste vis-à-vis de ces populations. Il faut aller à leur rencontre, les inciter à consulter car ils présentent un état bucco-dentaire altéré dont ils sont plus ou moins conscients et dont ils pensent souvent qu'aucune structure de soins n'existe pour y remédier.

C'est pourquoi il avait été conclu à l'intérêt et la nécessité d'une consultation de dépistage bucco-dentaire au sein de l'antenne du C.H.A.P.S.A.

Finalement l'expérience de cette consultation s'est réalisée quelques années plus tard au Samusocial de Paris. Elle a pris la forme d'une

recherche/action. L'objectif de cet article est de présenter les modalités de cette consultation qui a vu le jour en 2004, d'exposer les données recueillies et d'analyser le bien fondé et l'efficacité de cette consultation. Ces données proviennent de la consultation entre février 2004 et juin 2006.

### La consultation au Samusocial de Paris

A travers les quelques travaux menés sur la santé bucco-dentaire des personnes sans domicile fixe ou en grande précarité il est apparu que celles-ci présentaient en général des états de santé bucco-dentaire très altérés mais que leur situation, leurs représentations, en particulier corporelles et d'image de soi, leurs priorités et leur mode d'existence faisaient qu'elles ne formulaient que rarement des demandes, quand bien même leur ressenti bucco-dentaire pouvait être mauvais ou douloureux. Par ailleurs les professionnels de santé en contact avec elles, comme c'est le cas d'une façon générale, n'étaient pas concernés par la santé bucco-dentaire qui ne rentrait donc pas dans leur logique de prise en charge d'autant plus qu'aucune demande n'était formulée.

L'organisation d'une consultation bucco-dentaire dans le cadre du Samusocial de Paris répond à ce constat.

Délibérément il a été choisi de créer une consultation d'orientation et non pas une structure de soins qui aurait, par la spécificité du public, marginalisé et stigmatisé un peu plus celui-ci, en considérant que cette population dans un parcours de réinsertion devait pouvoir s'inscrire dans le système de santé et accéder à des structures de soins communes et classiques.

Il a été choisi d'adresser cette consultation aux patients fréquentant une structure lits halte soins santé (LHSS) à l'hospice saint Michel dans laquelle les usagers sont déjà dans une démarche de santé, sont pris en charge et surtout résident sur une certaine durée qui permet un accompagnement et un suivi. Il est bien évident qu'il est difficile d'obtenir une adhésion et surtout un respect de la démarche et des rendez-vous de la part de personnes vivant dans la rue.

Pour l'accès aux soins une convention lie le Samusocial de Paris à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris qui prévoit l'accueil prioritaire en consultation, la prise en charge thérapeutique étant assurée à la suite, des hébergés de Saint Michel à la Permanence d'Accès aux Soins et de Santé (P.A.S.S) bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière à raison de 3 personnes par semaine. La PASS bucco-dentaire s'engage donc à recevoir les personnes dans un délai d'une semaine, alors que le délai normal d'attente est de 2 à 3 mois, ce qui apparaît indispensable pour ce type de population. De son côté le SAMU social s'engage à ce que les patients

viennent avec une couverture sociale à jour et le dossier médical complet comprenant l'auto-questionnaire médico-social de la PASS rempli, une radio panoramique et le bilan médical et bucco-dentaire et assure l'accompagnement quand nécessaire et le suivi des rendez-vous.

Il est important de constater que pour la prise en charge il est nécessaire que la personne dispose d'une couverture à 100% à jour essentiellement d'ailleurs la CMUC ou l'AME car le Samusocial ne peut engager une aide financière.

La consultation de dépistage bucco-dentaire organisée à l'hospice Saint Michel du Samu Social de Paris a donc pour objet l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes prises en charge par cette structure.

Elle vise d'une part, en favorisant l'expression de leur demande ou en suscitant une prise de conscience de leurs besoins au travers du dialogue avec un chirurgien dentiste, à inciter les hébergés à s'engager dans une démarche de santé bucco-dentaire et d'autre part, en organisant leur prise en charge thérapeutique par des structures de droit commun où sont garantis des soins de qualité, à les aider à concrétiser cette démarche.

Enfin ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action puisque le suivi bucco-dentaire servira d'évaluation des besoins bucco-dentaires des usagers du Samusocial de Paris et de mesure de l'efficacité du dispositif.

La consultation correspond à une vacation le mercredi matin. Celle-ci est divisée en deux parties:

#### Un temps d'entretiens de motivation et de promotion à la santé bucco-dentaire

Le chirurgien dentiste va à la rencontre des hébergés à l'étage des lits d'infirmerie.

Dans un premier temps il récupère la liste des hébergés. Il note en premier les personnes déjà rencontrées qu'elles soient entrées dans la démarche de soin ou qu'elles se soient déclarées non intéressées. Puis il fait le point avec l'assistante sociale sur la couverture sociale des nouveaux entrants ou sur celle de personnes déjà présentes la semaine précédente mais qui n'en possédaient pas. Le chirurgien dentiste va alors à la rencontre des personnes non encore sollicitées avec une couverture sociale à jour. Il arrive que le personnel médical indique prioritairement une personne qui l'a sollicité pour « ses dents ».

Le chirurgien dentiste explique à chaque personne qui il est, la raison de sa présence et ce qui est proposé. En fonction de l'interlocuteur, de son intérêt, de sa disponibilité et de son ouverture, un

dialogue de durée variable s'instaure sur la santé bucco-dentaire.

Si la personne se déclare intéressée elle remplit avec l'aide du praticien un auto questionnaire confidentiel médico-social qui a été conçu par la Permanence d'Accès aux Soins et de Santé (P.A.S.S) bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière.

Puis le praticien prend un rendez-vous pour une radio panoramique au début de la semaine suivante et fixe un rendez-vous pour la consultation bucco-dentaire au Samusocial pour le mercredi suivant.

#### Un temps de Consultation bucco-dentaire

La consultation s'effectue en fonction des rendez vous pris la semaine précédente lors des entretiens de motivation et de promotion de la santé.

Les consultations au fauteuil sont réalisées au rythme d'une demie heure par consultant soit 3 consultations par matinée.

Le chirurgien dentiste réalise un examen clinique bucco-dentaire qui comprend aussi l'examen des muqueuses, la majorité des patients étant alcoolotabagiques donc à risque de cancer, complété par un examen radiologique à partir de la radio panoramique. L'ensemble des données relevées sont enregistrées sur une fiche médicale et bucco-dentaire.

Sur cette même fiche, à la fin de consultation, sont notés, sous la forme de recommandations thérapeutiques, les soins dentaires jugés indispensables à entreprendre. L'objectif de ces recommandations thérapeutiques est d'objectiver les moyens à mettre en place afin d'obtenir une élimination des pathologies dentaires observées et de réaliser une réhabilitation orale complète pour chacun des patients.

Enfin le praticien explique au patient sa situation, globalement les traitements qu'il faudrait envisager et réalise une motivation à l'hygiène.

A la suite de la consultation le chirurgien dentiste complète pour chaque patient à partir des dossiers médicaux du LHSS la partie médicale, comprenant les traitements médicamenteux en cours, de la fiche.

Il faxe ensuite les noms des patients, reçus en consultation, à la PASS bucco-dentaire pour l'obtention de rendez-vous.

Le patient se rendra donc à la consultation avec l'auto questionnaire, la radio panoramique et la fiche de bilan bucco-dentaire et médicale.

## La fréquentation de la consultation

A partir de 2005 le suivi des hébergés a été fait par le recueil chaque mercredi de la situation des hébergés vis-à-vis de la consultation bucco-dentaire. Cela permet pour l'année 2005 de faire un bilan du potentiel de fréquentation de la consultation (nombre de personnes remplissant les critères de prise en charge dans la consultation : durée de séjour suffisante et couverture sociale à jour et à 100%) et la part des usagers étant effectivement intéressés par la démarche et y satisfaisant.

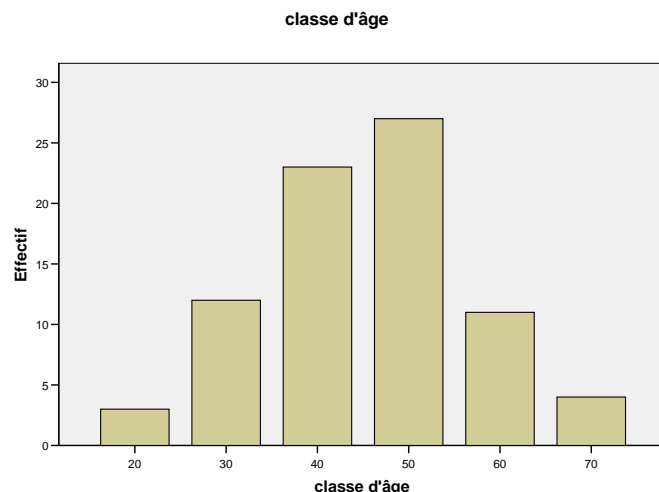
En 2005 les chirurgiens dentistes de l'association dépistage et soins bucco-dentaires ont rencontré 77 personnes hébergées à l'hospice Saint Michel, répondant aux critères d'acceptation à la consultation. Parmi elles 6 ont déclaré être déjà suivies par un chirurgien dentiste à l'extérieur, 36 ont déclaré n'être pas intéressées par une consultation dentaire, 35 ont accepté la proposition d'une consultation et d'un traitement si nécessaire. Donc près de 50% des personnes rencontrées n'étant pas déjà suivies à l'extérieur ont été intéressées et sont entrées dans la démarche.

Sur les 35 personnes intéressées qui ont rempli l'auto questionnaire médico-social, 29 ont passé une radio panoramique dentaire. Sur ces 29, 27 ont passé la consultation dentaire au Samusocial et ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous à la PASS Bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière. La déperdition durant ces différentes étapes s'explique par l'instabilité de ces personnes qui peuvent dans certains cas changer d'avis ou alors quitter le LHSS sur un coup de tête.

En conclusion seule la moitié des personnes éligibles à la consultation a une demande de consultation. Celle-ci n'est donc pas générale. Cependant il y a donc une demande pour peu qu'on sollicite ces personnes et qu'on les prenne en charge. De façon subjective nous pouvons néanmoins de part notre expérience affirmer que des personnes ayant décliné la proposition de consultation présentaient de visu des problèmes dentaires et que ce refus n'était pas forcément en relation avec l'état de santé bucco-dentaire mais très certainement le plus souvent avec des considérations de représentations, de vécu, priorité, peur etc.

## La population ayant consulté

Elle est constituée par les personnes ayant fait l'objet d'une consultation entre février 2004 et juin 2006 soit 80 personnes. Elles avaient de 22 à 75 ans avec un âge moyen de 50 ans et une prédominance des 40-60 ans. Les femmes représentaient 15%.



Si cela correspond globalement aux caractéristiques de la population du Samusocial il faut noter que cet échantillon n'est pas représentatif de la population ayant fréquenté le LHSS St Michel sur la période, qui n'est par ailleurs qu'une structure du Samusocial, et que donc les résultats ne seront pas scientifiquement fondés pour être extrapolés à la population du Samusocial et ne seront que les marqueurs de la population du LHSS de l'hospice Saint Michel ayant accepté le principe de la consultation.

## Les motifs de la consultation

Il a été demandé pourquoi ils avaient accepté le principe de la consultation. Dans le questionnaire les personnes pouvaient donner plusieurs réponses.

Comme motif de réponse favorable à la proposition de consultation la douleur a été invoquée par 28 personnes (35%), les difficultés à manger par 43 personnes (53,8%), les problèmes esthétiques par 33 (41,3%), le désir d'un contrôle par 23 (28,8%) et pour 11 personnes (13,8%) un motif autre que ceux proposés, par exemple une prothèse inadaptée, cassée ou blessante.

Nous constatons en premier lieu que si ces personnes ne font pas de demandes spontanées contrairement aux idées reçues elles souffrent. Par ailleurs elles ressentent majoritairement une gêne fonctionnelle et surtout contrairement là aussi aux idées reçues un nombre non négligeable peut avoir une demande esthétique et donc est sensible à son image corporelle et à son apparence vis-à-vis des autres.

En conclusion les personnes en grande exclusion peuvent avoir un ressenti de leur santé bucco-dentaire qui ne se résume pas à la douleur.

### **La dernière consultation chez un chirurgien dentiste**

Dans 83,7 % des cas la personne n'avait pas vu de chirurgien dentiste dans la dernière année et dans 53,8% des cas cela faisait plus de 5 ans qu'elle n'avait pas vu de chirurgien dentiste.

Les personnes ont été interrogées sur le motif de non consultation quand elles n'avaient pas vu le chirurgien dentiste depuis plus d'un an.

Pour les personnes qui n'avaient pas vu de chirurgien dentiste dans la dernière année dans 30% des cas (20) elles n'en avaient pas ressenti le besoin et dans 70% (47) elles en avaient ressenti le besoin mais n'avaient pas consulté parce qu'empêchées par différentes raisons. Ces raisons étaient dans 61,7% des cas financières (29), dans 17% des cas la peur (8), dans 31,9% des cas des difficultés pratiques non financières (15), dans 19,1% des cas parce que les soins dentaires étaient jugés non prioritaires (9) et dans 17% des cas la négligence (8), sachant qu'une personne pouvait donner plusieurs réponses.

En conclusion les personnes en situation de grande exclusion peuvent avoir des besoins mais elles sont limitées dans la réponse par différents paramètres qui répondent à ceux que l'on peut retrouver en population générale, financier et peur, mais qui sont aussi plus propres à leur situation dans laquelle d'autres priorités se dégagent.

### **L'hygiène bucco-dentaire**

92,6% des personnes dentées présentaient de la plaque dentaire et 95,6% du tartre.

### **L'état de santé bucco-dentaire**

Cette population présentait un CAO moyen de 22,14.

12 personnes (15%) étaient totalement édentées. 4 personnes soit 5% n'avaient pas de dents absentes. Il y avait en moyenne 15 dents absentes par personnes. 65 soit 81,2% des personnes présentaient au moins une dent absente non remplacée. 7 édentées totaux sur 12 (58,3%) n'étaient pas appareillés. Pour les 5 autres les appareils étaient inadaptés ou cassés. Pour les 11 personnes appareillées par des prothèses adjacentes partielles dans tous les cas les prothèses étaient défectueuses.

Sur les 68 personnes dentées, 62 soit 91,1% présentaient au moins une carie. Il y avait en moyenne 7 caries.

Pour les personnes dentées 49 soit (72,1%) avaient besoin d'au moins une extraction pour raison carieuse ou parodontale.

91,2% des personnes dentées présentaient une inflammation gingivale. Il y avait une atteinte parodontale profonde (niveau 3 et 4) dans 44,1% des cas.

### **Les besoins de soins**

60 personnes (75%) avaient besoins de conseils d'hygiène, 50 personnes (62,5%) de soins conservateurs, 37 (46,3%) de soins endodontiques, 59 (73,8%) de soins parodontaux, 50 (62,5%) de chirurgie, 39 (48,8%) de prothèse conjointe, 46 (57,5%) de prothèse adjointe partielle, 28 (35%) de prothèse adjointe complète.

### **La prise en charge thérapeutique**

En ce qui concerne le suivi des traitements à la Pitié-Salpêtrière les données n'ont pas été complètement collectées mais un premier bilan a été tiré début 2006. Sur 2004 et 2005 61 personnes adressées par le Samusocial ont été retrouvées. Sur ces 61 personnes 13 personnes ne sont pas venues à leur premier rendez-vous soit 21 %. Sur les 48 personnes ayant consulté 79% ont poursuivi leurs soins et à l'heure du bilan 8 ont été au bout du traitement qui généralement comprenait une réhabilitation prothétique.

Ces chiffres pourraient paraître décevants mais il convient au regard de cette population de relativiser car on ne peut s'attendre à avoir toujours un suivi régulier surtout quand les personnes ne sont plus stabilisées dans une structure. De façon positive il vaudrait mieux considérer qu'un nombre non négligeable est capable d'un suivi et que certains ont reçu une réhabilitation complète qui peut au moins pour une part changer leur vie.

Il est évident que quand les personnes quittent le CHUSI Saint Michel elles se retrouvent en général dans la rue, avec pour beaucoup un degré d'alcoolisation important mais aussi avec toutes les problématiques liées à ce mode de vie, et qu'elles ne sont en général pas capables de respecter et de s'astreindre à des rendez-vous, de même que la santé bucco-dentaire sort de nouveau de leurs priorités. Il se trouve que depuis plus d'1 an la PASS bucco-dentaire donne des rendez-vous à 1 mois et demi, voir 2 mois ce qui constitue un délai trop long. En effet au moment de leur premier rendez-vous certaines d'entre elles sont déjà parties du LHSS et d'autres partent en cours de traitement. La baisse d'activité de la consultation et l'irrégularité du nombre de consultation qui ne permet pas de garantir l'occupation de créneaux de rendez-vous pourrait être une explication du fait que les places ne soient donc plus réservées ce qui entraîne des délais d'attente importants même si ils sont encore inférieur à la moyenne de la PASS. Cependant la surcharge de la PASS rentre aussi en compte.



## Conclusion

La consultation a mis en évidence qu'il existait un ressenti. Elle a fait émerger une demande qui concerne au moins 50% des personnes éligibles à la consultation. Par ailleurs elle a établi l'existence d'un état de santé bucco-dentaire particulièrement dégradé et d'un besoin de soins important. Elle a montré qu'il était possible pour ces personnes d'engager une démarche de soins et d'aller au bout d'un traitement global pour peu que la prise en charge thérapeutique soit engagée rapidement et que la personne reste suffisamment longtemps dans la structure d'hébergement.

La mise en place d'une consultation d'orientation bucco-dentaire correspond à un réel besoin et peut permettre la réalisation d'un traitement global pour le type de patients fréquentant le Samusocial. De ce fait il apparaît que le maintien de la consultation est opportun.

Cependant deux contraintes fortes existent. D'une part trouver des lieux de soins partenaires qui permettent une prise en charge de qualité dans des délais courts. D'autre part dégager des moyens humains et matériels (véhicule) qui permettent un accompagnement aux rendez-vous ce qui représente pour le Samusocial une contingence économique forte.

Enfin comme le font remarquer les professionnels des structures cette consultation ne répond qu'aux besoins des personnes ayant une couverture sociale et donc ne couvre pas tous les besoins et en particulier ceux des personnes sans papiers.

A la suite de deux enquêtes réalisées auprès des usagers et des professionnels la consultation doit être élargie à l'ensemble des LHSS.

## Les hypoplasies linéaires de l'émail dentaire dans les populations anciennes.

Djillali Hadjouis

Au cours de la calcification de l'émail, un trouble du stade formatif intervient à une strie de Retzius et empêche la formation de l'émail. Les améloblastes, qui habituellement sécrètent des protéines sont détruits et ne peuvent plus reprendre leur processus. Cet arrêt causé par un phénomène de stress va développer une hypoplasie linéaire sous forme de stries ou bandes horizontales plus ou moins larges. La reprise de la formation de l'émail ne se fera que par l'intermédiaire de nouveaux améloblastes. Ainsi trois à quatre épisodes d'arrêt de croissance se manifesteront sous l'effet d'un certain nombre d'affections ou de stress. De cause surtout générale, l'atteinte hypoplasique de l'émail se rencontre le plus souvent lors des maladies de la petite enfance, des carences alimentaires et nutritionnelles ou des maladies infectieuses. C'est donc un indice de santé de l'enfant.

Par ailleurs, il est à souligner que les hypoplasies linéaires de l'émail dentaire (HLED), anomalies du développement, sont à dissocier des autres hypoplasies génétiques et infectieuses. En effet, l'altération de la structure de l'émail dentaire se manifeste également dans les troubles de l'amélogenèse (hypoplasie de l'émail néonatal), de l'améno-genèse imparfaite, de la dentinogénèse imparfaite ou de l'épidermolyse bulleuse dystrophique (hypoplasie piquetée généralisée de l'émail). Généralement les différents types d'amélogenèse imparfaite notamment le type hypoplasique à piquetage randomisé et localisé se transmet selon le mode autosomique dominant.

De même que les dents syphilitiques (dents d'Hutchinson) développent des hypoplasies de l'émail des incisives définitives d'Hutchinson rencontrées lors de la syphilis congénitale tardive.

Les populations atteintes de rachitisme vitamino-résistant ou phosphocalcique développent le plus souvent ces bandes transversales sur la couronne de la dent. En effet, la corrélation entre une carence vitaminique (rachitisme) et les hypoplasies linéaires de l'émail est connue depuis longtemps (Grahnen et Selander 1954) et plusieurs travaux ont été consacrés à ce genre d'études.

Les nécropoles médiévales fouillées dans le département du Val de Marne ont livré plusieurs centaines de squelettes de tous âges qui permettent une reconstitution paléodémographique, paléopidémologique et paléocarentielle.

Ainsi dans la population funéraire de l'église Sainte

Colombe de Chevilly Larue 12,7% présente des hypoplasies linéaires de l'émail. La répartition est plus importante dans les blocs incisivo-canin (51,1%) et prémolaire (39,06%) (Hadjouis, 1999).

Dans un site plus récent datant du XVII<sup>ème</sup> siècle, un temple et son cimetière protestant furent fouillés en 2005 à Saint-Maurice. La fouille de sauvetage (INRAP en collaboration avec le laboratoire départemental d'Archéologie du Val de Marne) a mis en évidence les vestiges du plus important temple de la communauté huguenote dans le royaume de France (temple de Charenton). Le cimetière attenant était situé à l'emplacement des serres de l'hôpital Esquirol (Hadjouis, 2008). Sur les 165 squelettes exhumés, 70% présentaient des lésions de rachitisme et d'ostéomalacie (Hadjouis, 2006).

Conscient de l'importance de ces lésions sur une bonne partie de la population, un sujet de thèse a été proposé et soutenu à la faculté de Chirurgie dentaire de Montrouge (Paris 5) portant sur l'éventuelle relation qui pourrait exister entre les hypoplasies linéaires de l'émail dentaire et les lignes de Harris sur les tibias (Amar, 2008).

Comme sur les couronnes dentaires, les lignes de Harris se présentent sous la forme de lignes transversales radio-opaques, formées au niveau des métaphyses des os longs sur des individus stressés (Harris, 1926, 1931). Là aussi des études paléopathologiques de populations anciennes se sont basées sur la quantification des lignes de Harris pour connaître les états sanitaires à différentes périodes (Mc-Henry, 1968) ; Heim et Lichtenberg, 2000).

La confrontation de ces deux types de lésions dans la population de Saint Maurice ne fait pas ressortir une corrélation significative. Tous les individus porteurs de lignes de Harris ont des hypoplasies linéaires de l'émail dentaire (à l'exception d'un individu en denture temporaire). Tous les individus porteurs d'hypoplasies linéaires de l'émail dentaire (61%) n'ont pas forcément de lignes de Harris. Cependant on peut noter que les canines mandibulaires sont les dents les plus touchées par l'hypoplasie linéaire de l'émail dentaire (84,14%), elles sont suivies par les canines (64,28%), les incisives centrales (42,85%) et latérales du maxillaire (28,47%) puis les premières de la mandibule (29,92%), enfin celles du maxillaire (29,63%) (Amar et Hadjouis, 2008). Alors que les tibias touchés par les lignes de Harris représentent à peine 20%. La faible prévalence des lignes de Harris peut s'expliquer par des individus ayant succombé avant de développer les séquelles de stress.



Hypoplasies linéaires de l'émail dentaire sur un bloc incisivo-canin d'un crâne provenant de la nécropole médiévale de l'église Sainte Colombe à Chevilly Larue (Val de Marne) (cliché, B. Allard, LDA 94)



Lignes de Harris au niveau de la métaphyse distale de tibias provenant du cimetière protestant de Saint Maurice (Val de Marne).

## Bibliographie.

Amar, N. 2008. *Les marqueurs de stress dans une population archéologique : Hypoplasies linéaires de l'émail dentaire et les lignes de Harris appliquées à une population protestante du XVIIème siècle (cimetière de Saint-Maurice, Val de Marne)*. Thèse de doctorat de l'Université Paris 5, Faculté de chirurgie dentaire de Montrouge.

Amar, N. et Hadjouis, D. 2008. Les marqueurs de stress dans une population archéologique : Hypoplasies linéaires de l'émail dentaire et les lignes de Harris appliquées à une population protestante du XVIIème siècle (cimetière de Saint-Maurice, Val de Marne). *XVe colloque international de la Société de Biométrie Humaine, Paris*.

Grahnen H, Selander P. 1945. The Effects of Rickets and Spasmophilia on the Permanent Dentition. *Odontologisk Revy*. 5, pp 7-26.

Hadjouis, D. 1999. *Les populations médiévales du Val-de-Marne. Dysharmonies cranio-faciales, maladies bucco-dentaires et anomalies du développement dentaire au cours du Moyen Age*. Coll. Paléoanthropologie et Paléopathologie osseuse, n° 1, Eds Artcom' Paris, 172 p.

Hadjouis, D. 2008. La peste aux portes de Paris. *Archéologia*. N° 460, pp 52-60.

Hadjouis, D. 2006. Variations anatomiques posturales chez les populations franciliennes du Moyen-Age (Val-de-Marne). L'exemple des dysplasies luxantes de la hanche et des malformations articulaires du genou. *Biom. Hum et Anthropol.*, Paris, 24, 3-4., pp. 221-232

Harris H.A. 1926. The Growth of the Long Bone in Childhood ; with Special Reference to Certain Bony Striations of the Metaphysis and the Role of the Vitamins. *Arch. Int. Med.* 38, pp 785-806.

Harris H.A. 1931. Lines of Arrested Growth in the Long Bones in Childhood. The Correlation of Histological and Radiographic Appearances in Clinical and Experimental Conditions. *Br. J. Radiol.* 4, pp 561-588, pp 622-640.

Heim J-L et Lichtenberg R. 2000. Etude des stries d'arrêt de croissance des restes humains momifiés de l'Oasis de Kharga (Égypte, époque romaine). *In* : Andrieux P, Hadjouis D, Dambricourt-Malassé A (sous la direction de). *L'Identité Humaine en Question*. Paris : éditions Art'com., pp 258-264.

Mc Henry H.M. 1968. Transverse Lines in Long Bones in Prehistoric California Indians. *Am. J. Phys. Anthropol.* 29, pp 1-17.

## PORTRAIT D'ACTEURS

Jean-Paul Espié

**Dr Frédéric VAYSSE**, Odontologie Pédiatrique, Hôpital des Enfants, Toulouse – Purpan - Pôle Odontologie. Maître de Conférences des Universités à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse.

### **Depuis combien de temps exercez-vous votre activité dans ce service hospitalier?**

11 ans, j'ai aussi travaillé pendant 15 ans en libéral et depuis 2 ans exclusivement à l'hôpital. Paradoxalement, l'activité (bénévole) de prévention était plus développée dans mon cabinet libéral. C'était probablement dû à l'implication du personnel et aux relations qui se nouent avec les patients. Je ne comprends pas bien pourquoi le service public, qui devrait réaliser des économies d'échelle (mutualisation des plateaux techniques, de la stérilisation, faible coût de la main d'oeuvre, etc) ne soit pas capable de réaliser des projets d'ampleur en matière de prévention.

Je pense que la prise de conscience des chirurgiens dentistes du public (probablement sous la pression du privé) se fait progressivement. L'hôpital encourage les projets d'éducation thérapeutique (qui font partie de sa mission) et des projets dentaires se font jour au CHU de Toulouse. Il faut aussi comprendre que la lourdeur inhérente aux projets publics est en partie liée à une nécessaire évaluation de ces projets, car les sommes investies doivent être rentabilisées en terme de diminution des douleurs/infections, apparition de nouvelles caries, > qualité de vie, coût, applicabilité/reproductibilité à grande échelle.

### **Quelle est votre type d'activité à l'hôpital des enfants ?**

L'activité odontologique au sein de l'hôpital des enfants est essentiellement une activité de recours auprès de populations spécifiques. Pour développer ces compétences très diverses une équipe soudée et complémentaire est nécessaire. Pour moitié le recours concerne des enfants jeunes peu coopérants pour lesquels une prise en charge comportementale et sédative particulière est nécessaire. Nous avons mis en place et développé au CHU toutes les techniques médicales modernes de sédation (médicamenteuse, MEOPA, midazolam et anesthésie générale) avec les arbres de décisions adaptés à notre pratique et à nos délais d'attente. Les équipes d'anesthésie-réanimation pédiatrique et le comité de lutte contre la douleur nous ont accompagnés dans toutes ces évolutions. Pour l'autre moitié, le recours concerne des enfants ou parfois des adultes présentant une pathologie générale, principalement du développement, ayant un lien avec l'odontologie

(dans la pathologie ou la thérapeutique). Les liens avec les autres services de pédiatrie sont ici aussi très forts, en particulier avec l'endocrinologie, la neurologie, l'hématologie-cancérologie, la dermatologie, la génétique et la pneumologie. Nous sommes impliqués directement dans différents centres de références (nationaux) ou de compétences (régionaux) : maladie de prader-willi, maladies osseuses rares, malformations rares de la face et de la cavité buccale. Notre département est aussi promoteur et animateur d'une équipe pluridisciplinaire de prise en charge des maladies dentaires rares. Par la volonté de tous ses acteurs, le département d'odontologie pédiatrique de Toulouse peut présenter une offre de soins les plus larges. Le revers de la médaille étant les délais d'attentes. Il faut entre 4 et 6 mois pour un rendez-vous « ordinaire », un tel délai n'est pas acceptable pour des pathologies dentaires qui évoluent souvent selon un mode subaiguë. Nous mettons beaucoup d'espoir dans la sortie du MEOPA de la réserve hospitalière.

### **Pensez vous que la prévention est vraiment une préoccupation pour les patients que vous vous prenez en charge dans votre activité?**

Pour la plupart oui. Les erreurs alimentaires sont pour moi la source principale de la survenue des caries multiples chez les enfants que je vois. Généralement, les parents sont assez réceptifs au message de prévention lorsqu'on prend bien garde de ne pas culpabiliser les parents (beaucoup le font assez tout seuls). Bien sûr, nous manquons tous de temps pour faire passer ce message, c'est pour ça qu'il doit être efficace. Je n'hésite jamais à dire aux parents "la carie est peut être une fatalité, mais sûrement pas la prévention. Votre enfant est plus fragile que les autres, c'est pour ça qu'il faut prendre plus de précautions." Le message doit aussi être réaliste: On ne pourra jamais obtenir qu'un enfant sans hygiène dentaire avec des biberons sucrés la nuit arrête toutes ses habitudes néfastes et se lave les dents 3 fois par jour pendant 3 minutes du jour au lendemain. Je crois beaucoup dans une démarche progressive (plutôt que brutale) et dans l'accompagnement (plutôt que dans le jugement). Cet accompagnement est complémentaire de l'éducation thérapeutique. A mon avis, l'indépendance du praticien vis à vis de l'ET est aussi très importante car le même message serait relayé par 2 personnes différentes. De plus, l'"évaluation" par le praticien serait indépendante de la "production" du message par l'équipe d'ET.

**L'éducation thérapeutique (ET) comme action de prévention est-elle faisable alors que les malades que vous prenez en charge viennent seulement chercher un soin?**

Bien sûr, mais il y a un problème de temps et de priorités. Dans l'idéal, l'éducation thérapeutique ne devrait pas être réalisée par les chirurgiens dentistes, mais par des auxiliaires formés aux techniques de prévention et à la communication. Notre compétence est ailleurs. Il faut aller regarder ce qui se fait depuis longtemps avec d'autres problèmes de santé publique: l'obésité et surtout le diabète. A Toulouse, l'ET des jeunes diabétiques est faite par des infirmières spécialement formées, le couple médecin-infirmier(e) fonctionne très bien avec des rôles bien définis. Le médecin fixe les objectifs à atteindre, l'infirmière trouve les moyens pour y arriver, mais les 2 acteurs connaissent et comprennent le rôle de l'autre. En odontologie nous souffrons d'une dilution des tâches et il y a presque un conflit d'intérêt entre notre rôle préventif et notre rôle thérapeutique. Je suis persuadé que les patients ressentent ce conflit d'intérêt. La dilution des tâches comporte un autre effet pervers consistant à prioriser les interventions et privilégier les soins urgents au détriment de la prévention. Cette évolution ne peut se faire sans un engagement des pouvoirs publics et nous devons anticiper cette évolution, c'est-à-dire qu'on ne peut pas attendre que les pouvoirs publics nous « autorisent » mais il faut montrer par des expériences de terrain que ça marche. L'information des "jeunes accouchées" serait aussi un moyen relativement simple et peu coûteux à mettre en oeuvre.

**Les rencontres professionnelles, que vous avez faites, ou les problèmes que vous avez rencontré et qui vous ont amené à être un acteur de la santé publique dentaire?**

Je n'avais jamais eu l'impression de faire de la santé publique dentaire avant de parler avec un membre du bureau de l'ASPBD il y a un peu plus de 2 ans. Je pense être un acteur d'un certain terrain (les enfants polycariés ne sont heureusement pas les plus nombreux) et je me rends compte, sous ce miroir grossissant, combien un message de prévention simple et peu chronophage peut être efficace. Le temps me manque pour anticiper mais je ne crois pas être cet acteur là car le message ne sera pas forcément le même ou dit de la même manière quand il n'y a pas encore eu de problèmes. Enfin, un de mes combats pour l'avenir du chirurgien-dentiste est de développer les soins précoces peu invasifs. Eviter que le praticien ne dise "ce sont des dents de lait il faut attendre qu'elles tombent" car en réalité il a peur de traiter cet enfant. Par des traitements simples, atraumatiques (pour l'enfant et le praticien!) et une prévention réaliste on peut amener des enfants jusqu'à un âge "compatible" avec des soins de

qualité, mais pour cela faut-il encore le prendre en charge dès son plus jeune âge...

L'épidémiologie clinique dans la pratique  
quotidienne du chirurgien dentiste  
Muller-Bolla M, Bourgeois D, Sixou M, Lupi-  
Pégurier L et AM Velly  
Collection Mémento  
Ed CDP

9ème journée  
de santé publique dentaire  
LES SITUATIONS DE HANDICAP  
EN SANTE BUCCO-DENTAIRE

5 Novembre 2008

Hôtel du Département  
CRETEIL

Programme disponible  
Début septembre  
Sur [www.aspbd.fr](http://www.aspbd.fr)

**REVUE DE LITTÉRATURE**

Annabelle Tenebaum

**Fluoride rinsing and dental health inequalities in 11-year-old children: an evaluation of a supervised school-based fluoride rinsing programme in Edinburg.****Levin KA, Jones CM, Wight C, Valentine C, Topping GVA, Naysmith R. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 19-26**

Le fluor est considéré depuis longtemps comme un agent essentiel de la diminution des caries dans les pays industrialisés. La fluoration de l'eau de distribution a prouvé son efficacité dans la diminution de l'indice carieux à travers le monde. Cependant bien qu'aucun effet indésirable n'est pu être démontré, certains citoyens se sont élevés contre la fluoration de l'eau de distribution en Ecosse qui fut alors interrompu. Des enquêtes nationales sur la santé des enfants du Royaume-Uni confirment qu'il existe d'importantes variations en termes de santé bucco-dentaire. Plus particulièrement les enfants Ecossais, issus d'une famille d'un faible statut socio-économique, présentent un niveau élevé et disproportionné de pathologie dentaire.

Les fluorures ont démontré leur efficacité en prévention de la carie dentaire. Différentes sources d'apport sont disponibles dans l'arsenal thérapeutique et préventif, que ce soit topique ou systémique. De précédentes études ont montré que l'utilisation de solution de rinçage fluorée est efficace dans la réduction de lésions carieuses chez l'enfant et l'adolescent. Ces études rapportent que l'utilisation de bain de bouche fluoré permet une diminution de 20 à 50 % des lésions carieuses.

**Objectif :** Cette étude cherche à évaluer l'impact sur l'indice CAO d'enfants, appartenant à un faible niveau socio-économique, d'un programme d'utilisation de solution de rinçage fluorée en milieu scolaire. **Méthode :** Un échantillon randomisé de 1333 enfants, moyenne d'âge 11,4 ans, a été réalisé par le « National Dental Inspection Programme ». Les enfants sont répartis en 2 groupes. 661 sont dans le groupe « utilisation de solution de rinçage fluorée », 672 sont dans le groupe « sans utilisation de solution de rinçage fluorée ». Les enfants du groupe avec solution de rinçage doivent se rincer la bouche durant 2 mins 1 fois tous les quinze jours pendant 1 an. **Résultat :** L'étude montre que l'odds-ratio de l'indice CAO est significativement

plus bas pour les enfants appartenant au groupe avec rinçage par rapport au groupe sans. **Conclusion :** De tel programme permette d'atteindre des enfants en zones prioritaires et sont efficaces dans la diminution de l'indice CAO.

**Caries prevalence and fluoride use in low SES children in Clermont-Ferrand (France). Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Manevy R, Lecuyer MM, Pegnon-Machat E.*****Community Dental Health* 2009; 26: 23-28**

La prévalence carieuse chez les enfants habitant en France a diminué de façon significative ces dernières années. La principale raison avancée est l'utilisation généralisée du fluor, particulièrement dans le dentifrice. Le taux de caries chez les enfants a atteint un niveau bien inférieur à celui des générations précédentes mais de manière non uniformément répartie sur le territoire. Chez les enfants appartenant à un milieu de faible niveau socio-économique, on observe une prévalence de lésions carieuses en quantité plus importante ainsi que des consultations chez le chirurgien-dentiste plus rares. De nombreux facteurs comme : le statut d'immigrant, la profession du chef de famille, le faible niveau d'éducation de la mère ont été démontrés comme étant liés à l'apparition de caries chez les enfants de 6 ans et moins. La relation carie – statut socio-économique reste significative lorsque les effets d'autres variables sont incluses au sein de modèles statistiques.

**Objectif :** Evaluer l'association entre prévalence - niveau d'atteinte carieux et comportements préventifs d'enfants résidant dans des quartiers dits de « Zone d'Education Prioritaire » de Clermont-Ferrand. La collecte d'information sur leur situation sociale est réalisée simultanément. **Population :** Les enfants de 4-5 ans de 9 écoles de « zone d'éducation prioritaire » de Clermont-Ferrand ont tous été invités à participer à l'étude. 81% ont accepté. **Méthode :** L'étude comprend 2 parties. Tout d'abord la détection de caries : elle est évaluée par la présence visuelle de lésions cavitaires. Puis un questionnaire est remis aux parents concernant l'histoire familiale (seul, couple, origine des parents, type de couverture sociale) et concernant la consommation de fluor (fréquence brossage, dentifrice fluoré, contrôle

du brossage, complément fluoré, sel fluoré...) de leurs enfants. Résultats : Le statut d'immigrant, le contrôle du brossage, la connaissance de dentifrice fluoré sont autant de facteurs de prédiction significatifs de lésions carieuses. Conclusion : les enfants de cette étude ont un faible niveau socio-économique et présentent une quantité importante de lésions carieuses non traitées. Ils ne bénéficient pas de moyens préventifs efficaces des lésions carieuses. Ils sont peu à rapporter 2 brossages par jour avec du dentifrice fluoré, réguliers et contrôlés par les parents. Le sel fluoré n'est pas majoritairement utilisé mais les enfants ont la plupart du temps été supplémentés en fluor de la naissance jusqu'à 2 ans. L'utilisation de dentifrice fluoré est corrélée de manière significative à un faible taux de lésions carieuses tandis que l'administration de fluor systémique n'a quasiment pas d'influence.

#### **Dental burs and endodontic files: Is routine sterilization procedure effective?**

**Morrison A, Conrod S**

*Journal of the Canadian Dental Association*  
**2009; 75: 39a-d**

La miniaturisation de l'instrumentation dentaire rend les étapes de pré-désinfection et de stérilisation compliquées. Elle implique une vigilance accrue au cours des étapes de stérilisation afin d'éviter toute contamination croisée. L'élaboration d'un protocole de stérilisation pour les fraises et les limes endodontiques nécessite une attention méticuleuse, si bien que certains suggèrent que cette instrumentation soit considérée comme étant à usage unique.

Objectif : Le premier objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité de différentes techniques de stérilisation des fraises et limes endodontiques couramment utilisées en dentisterie. Le second objectif de cette étude est de déterminer si les fraises et limes endodontiques neuves, conditionnées dans l'emballage du fabricant, sont stériles.

Matériels et méthodes : L'asepsie de fraises et limes endodontiques, qu'elles soient neuves ou déjà utilisées, est analysée, avant et après que leurs soient infligées différentes procédures de stérilisation. Les instruments neufs ont été testés immédiatement après leur sortie de l'emballage, qu'ils aient subi ou non une stérilisation au

préalable. Les fraises et limes qui étaient déjà utilisées ont été pré désinfectées, conditionnées, et stérilisées selon les procédures de chacun des cabinets participant à l'étude. Ces procédures sont très hétérogènes en terme de : type de stérilisateur, durée du cycle, température, emballage individuel ou global... Une fois la stérilisation effectuée, les instruments font alors l'objet d'une analyse de leur état de surface et sont testés pour différents agents pathogènes. Chacun des instruments est individuellement retiré des sachets de stérilisation, transféré par technique stérile dans un milieu de Todd-Hewitt, incubé à 37°C pendant 72 heures pendant lesquelles la croissance bactérienne est observée.

#### Résultat :

–Les instruments neufs conditionnés par les fabricants n'étaient pas stériles à la sortie de l'emballage. Toutefois les procédures de stérilisation ont été efficaces à 100% pour les fraises et limes endodontiques neuves, aucun de ces instruments n'a montré de croissance bactérienne après incubation de 72 heures.

–Les résultats sont moins satisfaisants pour les instruments, non neufs, qui subissent une stérilisation après utilisation : les taux de contamination varient de 15 % pour les fraises ayant subi une stérilisation de 20 min à 138 kPa, 132°C par un chemiclave, jusqu'à 58% pour les limes ayant subi une stérilisation de 30 min à 149 °C par un stérilisateur à chaleur sèche.

Conclusion : Les procédures de stérilisation ont été efficaces pour les fraises et limes qui n'avaient pas été contaminés précédemment par des débris organiques. Ce fut le cas des fraises et limes neuves stérilisées avant utilisation. Les instruments neufs n'étaient pas stériles à la sortie du conditionnement réalisé par le fabricant, et devraient être stérilisés avant toute utilisation. Les protocoles de stérilisation des instruments ayant été en contact de débris organiques testés lors de cette étude n'étaient pas adéquates, et des procédures plus rigoureuses doivent être mises en place. Si de telles procédures ne peuvent pas être instaurées, ces instruments devraient sans doute être considérés comme étant à usage unique. Le risque de transmission d'agents pathogènes, par exemple le prion, en serait diminué.



## Agenda

**4th annual meeting of the EADPH****Changing treatments needs - implications for oral health care and education - the European perspective**

3-5 septembre 2009,

Programme:

[http://www.eadph2009.no/scientific\\_program/scientific\\_program.html](http://www.eadph2009.no/scientific_program/scientific_program.html)**Congrès de la Société française de Santé publique****La nouvelle gouvernance en santé**

1-3 octobre 2009

<http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/2eannonce20090313.pdf>**L'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités sociales de santé : du contrôle à l'innovation (Forum CACIS 2009)**

8-10 octobre 2009, Montreal

<http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Forum%20Cacis%202009.pdf>**2e Université de Dakar en promotion de la santé**

18-23 octobre 2009, Dakar

<http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/univete/docs/dakannonce2009.pdf>**9ème journée de santé publique dentaire****Les situations de handicap en santé bucco-dentaire**

5 novembre 2009, Créteil

<http://www.aspbd.fr>**6èmes Rencontres de l'Institut Renaudot**

11-12 juin 2010, Toulouse

<http://www.institut-renaudot.fr>**Rédacteur en chef :** Frédéric COURSON**Comité de rédaction :** Elvire ANDRIANJAFINTRIMO, Julie BURBAN, Fabien COHEN, Jean-Paul ESPIE, Djillali HADJOUIS, Philippe HUGUES, Jasmine MORETTI, Stéphane PEREZ, Annabelle TENENBAUM, Benoît VARENNE, Jacques VERONNEAU**Comité scientifique :** Sylvie AZOGUI-LEVY (Paris), Paul BATCHELOR (Londres), Christophe BEDOS (Montréal), Marie-Laure BOY-LEFEVRE (Paris), Annick DEVILLERS (Lille), Mounir DOUMIT (Beyrouth), Marysette FOLLIGUET (Paris), Michèle MULLER-BOLLA (Nice), Cathy NABET (Toulouse), Philippe POISSON (Bordeaux), Virginie RINGA (Paris), Thierry ROCHEREAU (Paris), Mamadou SAMBA (Abidjan), Paul TRAMINI (Montpellier), Stéphanie TUBERT-JEANNIN (Clermont-Ferrand)

Cet exemplaire est strictement réservé à son destinataire et protégé par les lois en vigueur sur le copyright. Toute reproduction et toute diffusion (papier ou mail) sont rigoureusement interdites.