

Année 2009
Numéro 3
septembre

Lettre en Santé Publique Bucco- Dentaire



Bulletin de la Société Française des **Acteurs de Santé Publique Bucco-Dentaire**
www.aspbd.fr

Dans ce numéro

EDITORIAL	1
ARTICLE DE FOND	
Fluoruration de l'eau : un cas d'école de l'intervention sanitaire publique	2
PRATIQUE DE TERRAIN	
Evaluation d'une campagne « test » de promotion de scellements de sillons dans des écoles de Vitry-sur-Seine	4
Sensibilisation et informations aux parents et professionnels de la petite enfance au Blanc-Mesnil	8
RUBRIQUE Archéodent	12
La stéréoscopie adaptée à la paléontologie à l'odontologie et à la paléopathologie	
PORTRAIT	13
LECTURES	16
AGENDA	17

Editorial

Un acteur de santé publique bucco-dentaire : qui suis-je ?

Bien souvent, on ne le voit uniquement comme un chirurgien-dentiste.

Un praticien dont la formation est depuis toujours essentiellement tournée vers le curatif, constituée d'apports de connaissances scientifiques et de savoirs faire techniques quasi exclusivement tournés vers le soin en cabinet.

Dans son cursus, la forme du débat a peu court ! Le dialogue patient-praticien est évoqué que lors des cours fondamentaux ! Les questions de santé publique, indispensables à une pratique clinique en deviennent des QCEM.

Dans ces conditions, la pratique de santé publique ne serait qu'une question de connaissance bien théorique !

Comment alors lier le biologique, l'épidémiologie au social ? Comment Prendre en compte, par exemple les causes sociales des maladies, les pratiques de soins ou les réponses apportées par la société, les prises de décision et le rôle des soignants ?

Ne faut-il pas considérer un patient, un groupe, une population dans sa globalité en tenant compte de son éducation, de sa situation sociale et de sa place dans la société ?

Ne doit-on pas voir cet acteur comme engagé dans la vie de la cité, jouant un rôle aux côtés des autres professionnels de santé, des économistes, de praticiens de l'action sociale, de sociologues, de psychologues, dans l'établissement d'une politique de santé.

Ainsi, l'acteur de santé publique bucco-dentaire est citoyen, privilégiant les arguments de raison à ceux d'autorité.

La démarche de santé publique doit permettre une meilleure prise en charge de la population. Et pour cela, l'acteur de santé publique a recourt et participe à des études épidémiologiques et sociales, anime des actions avec des partenaires, partage, convint et dialogue au quotidien avec ses pairs, ses patients, les enseignants, les responsables politiques, etc...

Les acteurs de la santé publique bucco-dentaire participent ainsi à la détermination des choix politiques de santé.

L'ASPBD est l'association qui propose de rassembler les acteurs de la santé publique bucco-dentaire.

Jean-Paul ESPIE

Fluoration de l'eau : un cas d'école de l'intervention sanitaire publique

M. Grignon, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Lors des 8èmes journées de santé publique dentaire, le cas de la fluoration de l'eau potable publique a été évoqué dans une contribution très stimulante qui utilisait l'expérience naturelle de Dorval dans l'agglomération de Montréal pour mesurer l'impact du fluor dans l'eau potable domestique publique sur la santé bucco-dentaire.

Dans mon intervention introductive, j'avais avancé l'idée qu'une action de prévention vraiment efficace relevait logiquement du financement privé et non du financement public ; j'avais aussi évoqué toute une série de cas de figure dans lesquels le financement public pouvait se justifier, mais en prenant bien soin de souligner que l'efficacité n'était jamais la raison principale du bien-fondé du financement public. La question suivante m'a alors été posée : puisque la fluoration de l'eau potable semble efficace pour prévenir les caries, comment peut-on justifier son financement public à 100% ?

Je réponds avec retard à cette question. Cela est d'autant plus intéressant (de répondre, pas d'être en retard) que l'exemple du fluor dans la santé bucco-dentaire permet de couvrir les aspects publics et privés du financement, ainsi que de montrer que ces frontières changent au gré des innovations technologiques.

Je commence par le cas simple : le fluor dans l'eau potable municipale est efficace, faut-il le financer ?

L'idée d'ajouter du fluor dans l'eau municipale (publique) semblait, jusqu'à une date récente, être pleine de bon sens du point de vue de la santé publique dentaire : l'action était vue comme sans danger et susceptible de diminuer l'incidence des caries dentaires chez les enfants. Les caries étant elles-mêmes sources de problèmes dentaires chez l'adulte, le bénéfice sanitaire de l'action semblait ne faire aucun doute.

Dorval a arrêté la fluoration de l'eau potable puis y est revenue, pendant que d'autres communes de l'agglomération de

Montréal (donc comparables sous le rapport de la population et de l'environnement) conservaient la même politique pendant toute la durée d'observation, fournissant ainsi une étude cas-témoin presque parfaite.

Le coût de cette action de santé publique semble, là aussi, minimal : la fluoration de l'eau se fait par addition d'acide hydrofluorsilicique à l'eau publique ; cet acide est un produit fatal de l'industrie des engrais au phosphate, et, il est donc à ce titre, peu coûteux. Il y a donc un coût marginal minimal.

Si l'action est efficace et le coût faible, comment justifier une intervention publique ? Ici, la réponse est simple : parce que le financement privé serait impossible. En effet, le fluor dans l'eau publique profite à tous les utilisateurs du réseau, et il semble difficile techniquement de restreindre le bénéfice de la fluoration à ceux qui payent (en privant de fluor ceux qui ne payent pas). Si, dans le même immeuble, un ménage paye et l'autre non, il sera difficile (et pour le coup, extrêmement coûteux) de desservir ces deux ménages par deux réseaux différents, l'un fluoré, l'autre pas. On doit donc recourir à une forme de financement collectif, dans laquelle tout le monde paye et tout le monde reçoit.

Ce résultat est typique de ce que l'on appelle les 'biens publics' : est public, par définition, un bien qu'on ne peut raisonnablement pas développer par financement privé parce qu'on ne peut restreindre l'utilisation aux payeurs. Le financement public est une réponse rationnelle au problème de la non restriction d'accès, mais c'est quand même un pis-aller (*second best* en anglais, « optimum de second rang » en jargon économiste) : l'idéal serait quand même de pouvoir faire financer chacun au prorata du bénéfice qu'il tire de la consommation du bien en question (dans l'exemple du fluor, les édentés ne paieraient pas), mais cet idéal (ou optimum) n'est en général pas réalisable car, pour des raisons techniques, il est difficile de mesurer exactement le bénéfice (net des effets indésirables éventuels) de chaque individu. Il est

difficile de le mesurer objectivement et il est prévisible, la nature humaine étant ce qu'elle est, que les contribuables distordront leur situation si le financement est assis sur une base déclarative (le pourcentage d'édentés fiscaux dépassera de beaucoup celui des édentés cliniques).

Il en résulte que tout bien public opère des transferts à l'intérieur de la population : dans le cas du fluor les édentés payent pour les enfants. Le problème devient plus complexe quand l'action a non seulement des aspects positifs mais aussi potentiellement des effets négatifs sur la santé : il est en effet difficile socialement de justifier la dégradation de la santé de certains en s'appuyant sur l'amélioration de la santé d'un autre groupe de la population. Par exemple, l'absorption prolongée de fluor pourrait entraîner un sur-risque de cancer des os (d'après Dr. Hardy Limeback, BSc, PhD, DDS Associate Professor and Head, Preventive Dentistry University of Toronto, Ontario, Canada), et qui peut dire que le gain en caries dentaires des enfants compte « plus » ou « moins » que le sur-risque de cancer des os des adultes âgés exposés trop longtemps au fluor dans l'eau de boisson publique ?

Ce qui est intéressant dans le cas du fluor, c'est que la technologie a profondément changé depuis les initiatives de santé publique des années 50 en Amérique du nord : aujourd'hui, on peut ajouter le fluor dans le dentifrice, ce qui est en outre plus efficace (pour la prévention des caries). En gros, le bien « fluoration » est devenu privé alors que la seule alternative dans les années 50 était le financement public (par fluoration de l'eau).

Ceci offre des avantages non négligeables du point de vue de l'efficacité économique : Il est en effet facile de s'assurer que seuls ceux qui achètent le dentifrice fluoré tirent les bénéfices du fluor et que ceux qui ne veulent pas s'exposer aux effets secondaires en sont protégés. En outre, le fluor par voie de pâte dentaire ne s'avale pas et n'a donc pas d'effet secondaire. Enfin, le consommateur privé est libre de choisir la forme de fluor qu'il achète dans son dentifrice (il peut acheter le fluorure de sodium, plus coûteux que l'acide). Le cas est donc très différent, grâce ou à cause de la technologie, et je plaiderai maintenant pour un retrait du financement public de la fluoration de l'eau sans pour autant, bien évidemment, subventionner l'achat des dentifrices fluorés

(décidément, on en revient aux subventions du dentifrice).

Je serais partisan, cela dit, d'une compensation des ménages les moins riches : le retrait du financement public implique une baisse du prélèvement, qui profite aux contribuables riches ; l'achat du dentifrice fluoré augmente la dépense privée, mais au total les riches sont gagnants. Je ne serais pas choqué si le gouvernement compensait les pauvres par un paiement forfaitaire – je le serais encore moins dans un pays en voie de développement, dans lequel la grande majorité des ménages seraient perdants et une petite minorité gagnerait à passer de la fluoration de l'eau financée collectivement à la fluoration par le dentifrice financé sur fonds privé (ils n'ont plus à financer la fluoration des moins riches qu'eux).

Il reste un dernier point : le fluor bénéficie aux enfants, la décision d'achat du dentifrice est du ressort des parents. Il est toujours difficile d'intervenir dans les décisions d'éducation, mais on pourrait très bien imaginer que les soins dentaires aux enfants soient mieux remboursés aux parents pouvant prouver qu'ils ont acheté du dentifrice fluoré à leurs enfants.

Evaluation d'une campagne « test » de promotion de scellements de sillons dans des écoles de Vitry-sur-Seine.

« De l'intérêt d'observer les pratiques de terrain ... »

Tran Luy E , Adam C, Adriaen C, Eïd A, Moulin P, Conseil général du Val-de-Marne

Le contexte

Dans le cadre du programme de prévention bucco-dentaire du Val de Marne, la ville de Vitry-sur-Seine mène des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire depuis plus de 10 ans avec l'intervention d'un chirurgien dentiste. La population de cette ville, de par ses composantes socio-économiques et culturelles, représente dans sa grande majorité une population à risque carieux élevé : à travers des dépistages réguliers chez les enfants de CM1 les résultats pour cette ville montrent une atteinte carieuse supérieure à la moyenne départementale, un taux de recours aux soins très faible ainsi que peu d'enfants présentant des scellements de sillons. Dans ce contexte, et selon les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS), la pose de scellements de sillons sur les premières molaires permanentes en cours d'éruption apparaît pertinente. Les scellements de sillons ne pouvant être placés que par un chirurgien dentiste, une campagne d'informations sur cet acte auprès des familles semble donc une étape préliminaire incontournable car la consultation chez le chirurgien dentiste n'apparaît pas comme une démarche « familière » pour cette population.

Le conseil général du Val de Marne a proposé à la ville de Vitry sur Seine et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Val de Marne de mener conjointement une campagne « test » de promotion et d'incitation à la réalisation de scellements de sillons auprès des familles de certaines écoles de la ville.

L'évaluation de l'efficacité de cette campagne a été basée sur la mesure du nombre de scellements de sillons sur les premières molaires définitives de ces enfants.

Le but était selon les résultats d'étendre cette campagne à l'ensemble des écoles de la ville.

La campagne de promotion :

Elle s'articule sur trois éléments :

- Une information des parents et des enfants sur le bénéfice des scellements de sillons, par une réunion dans l'école et la remise de dépliants,
- Un examen annuel de l'enfant réalisé dans un camion équipé d'un fauteuil dentaire, avec un bilan dentaire remis aux parents, indiquant la nécessité de soins de caries et la pose de scellements si les premières molaires permanentes avaient fait leur éruption,
- Une prise en charge à 100% des scellements et des soins de caries nécessaires

Les partenaires impliqués :

Une condition de l'étude, pour des raisons pragmatiques et de coût, était d'utiliser les ressources humaines et logistiques déjà existantes dans le cadre du programme de prévention en élargissant leurs missions.

La ville de Vitry : le dentiste coordinateur de la ville qui est « connu » des personnels des écoles avait en charge d'assurer les informations auprès des enfants et des familles des écoles tests. Les chirurgiens dentistes libéraux de la ville et ceux du centre de santé ont été sollicités, par un courrier d'information, pour un accueil optimal de ces enfants.

Le deuxième partenaire était la CPAM du 94, qui a participé au dépistage en mettant à disposition le camion de dépistage et en réalisant la saisie des données. Elle a accordé une prise en charge à 100 % des soins nécessaires pour tous les enfants dépistés et des scellements de sillons pour les écoles tests pour les niveaux de CP et CE1.

Le conseil général du Val de Marne a piloté l'étude, construit le schéma d'évaluation. 3 dentistes calibrés ont réalisé les dépistages annuels. Le traitement des données et les analyses ont été réalisés par un dentiste du service.

L'évaluation :

L'étude s'est déroulée de 2005 à 2008 et s'appuie sur un suivi de cohorte des enfants de CP au CM1 de 4 écoles de la ville : 2 écoles « action » et 2 écoles « témoin ». Les écoles témoins n'ont pas eu l'information aux parents et ne bénéficiaient d'une prise en charge à 100% que pour les soins de carie.

- Choix des écoles : Les quatre écoles se trouvent en Zone d'éducation Prioritaire (ZEP) et ont été choisies en fonction du fort taux de caries relevé les années précédentes lors des dépistages.
- Constitution de la cohorte : le nombre d'enfants à inclure a été calculé en tenant compte des refus éventuels, des absences et des perdus de vue, pour avoir une puissance de 90% avec un risque de 5%. Le recrutement des enfants de CP s'est effectué sur deux années (2005 et 2006) pour constituer une cohorte de taille suffisante. Les enfants inclus en 2005 en CP ont été examinés chaque année jusqu'au niveau CM1 (2008) ; les enfants inclus en CP en 2006 ont été examinés jusqu'au niveau CE2 (2008).
- Examen dentaire : L'examen dentaire a été réalisé, dans un camion de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, muni d'un cabinet dentaire, par trois dentistes préalablement calibrées. Chaque examen annuel a été effectué durant les mois de janvier et février. Les critères retenus pour le calcul de l'indice co et CAO étaient ceux de l'OMS. Les enfants présentant des molaires permanentes atteintes de caries dentaires, d'anomalies amélares ou amélo-dentinaires n'étaient pas inclus dans la cohorte.
- Traitement statistique : Le data-management a été réalisé avec le logiciel SPSS. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel R. Pour les comparaisons, des tests de Fisher et des tests avec le modèle linéaire général ont été utilisés.

Les résultats

- Caractéristiques de la cohorte :

Dans les écoles « action » 242 enfants ont été recrutés et 290 dans les écoles « témoin ». Le tableau 1 donne la répartition des enfants inclus dans l'étude selon les années.

tableau 1 : nombre d'enfants recrutés dans la cohorte selon les années d'inclusion

CP	2005	2006	Total
action	130	112	242
témoin	142	148	290
Total	272	260	532

Pour le niveau CM1, les résultats portent sur la demi-cohorte recrutée en 2005, soit 204 enfants (30% de perdus de vue).

Pour le niveau CE2 ils portent sur la cohorte entière, recrutée en 2005 et 2006, soit 436 enfants (18% de perdus de vue).

L'étude de l'âge moyen n'a montré aucune différence entre les deux groupes (6.65 ans pour les « action » versus 6.60 ans pour les « témoin »). Les garçons et les filles sont répartis de manière équilibrée entre les actions et les témoins (tableau 2).

tableau 2 : répartition des enfants selon le sexe

CP	action	témoin	Total
Garçon	123 (50.8%)	140 (48.3%)	272 (51.1%)
Fille	119 (49.2%)	150 (51.7%)	260 (48.9%)
Total	242	290	532

A l'inclusion, les enfants « action » et les enfants « témoin » ont le même nombre de dents permanentes présentes en bouche. La moyenne est de 6.15 dents par enfant avec un intervalle de confiance égal à [5.86,6.44]. Les enfants « témoin » ont le même nombre de dents temporaires en bouche que les enfants « action » (respectivement 15.97 dents temporaires et 16.08 dents temporaires).

Par contre, les enfants du groupe « témoin » avaient en moyenne davantage de dents temporaires atteintes (co de 2,18 pour le groupe témoin vs 1.43 dans le groupe « action », $p < 0.001$).

- Les scellements de sillons

Pour les niveaux CE2 et CM1, la proportion d'enfants présentant des scellements de sillons n'est pas significativement différente entre les actions et les témoins. Cependant, le nombre moyen de scellements est significativement plus élevé chez les enfants des écoles « action » que ceux des écoles « témoin ».

graphique 1 : évolution du nombre moyen de scellements de sillons par enfant selon le niveau scolaire

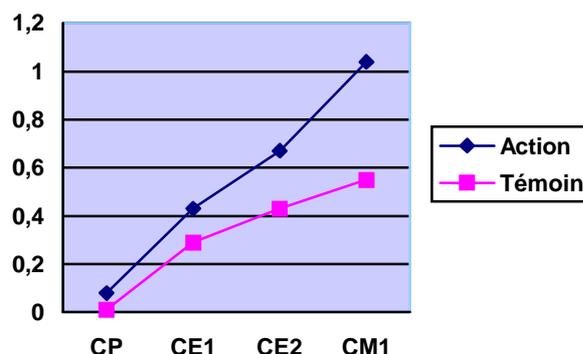


Tableau 3 : % d'enfants présentant des scellements de sillons et nombre moyen de scellements selon les niveaux scolaires entre les écoles action et témoins.

	Ecoles « action »	Ecoles « témoin »	P
CE 2 2008			
% enfants ayant des scellements	23%,	17%	NS
Nombre moyen de scellements par enfant	0,67	0,43	<0.001
CM 1 2008			
% enfants ayant des scellements	35%	24%,	NS (0.06)
Nombre moyen de scellements par enfant	1,04	0,55	<0.001

Résultats et réalités de terrain : une confrontation nécessaire

pour comprendre les limites de l'action

Deux sources de biais majeurs sont apparus dans la réalisation de l'étude :

- Concernant la campagne de promotion :
 - la difficulté de mobiliser les parents et enseignants : En effet, dans une des écoles « action », les rencontres avec les parents n'ont pas pu avoir lieu par manque de motivation de la direction et dans l'autre très peu de familles se sont déplacées pour la réunion.
 - le niveau scolaire retenu : le CP était choisi pour sceller au plus tôt les molaires définitives, or il s'est avéré que beaucoup d'enfants n'avaient pas encore leurs dents suffisamment évoluées pour cet acte et la prise en charge à 100% n'était valable que 4 mois. De plus, l'animation n'a eu lieu qu'en CP, on peut penser qu'elle aurait pu être

renouvelée en CE1.

De nombreuses études ont montré le peu d'efficacité d'une animation ponctuelle non relayée par l'équipe enseignante.

- Concernant l'évaluation :

- on a observé, au début de l'étude, une atteinte carieuse sur les dents temporaires supérieure chez les « témoins » à celle du groupe « action », ce qui pose un problème dans l'appariement des groupes « action » et « témoin ». Le choix des écoles a été fait selon les résultats des dépistages des années antérieures et la connaissance de la ville par le dentiste coordinateur mais ces critères n'apparaissent pas comme suffisants. Des éléments contextuels comme la proximité du centre de santé et d'une école « action » ont pu également interférer dans l'étude.

L'interprétation des résultats, en fin de cohorte, doit donc être faite avec prudence par

rapport à l'objectif initial Si les enfants du groupe action ont nettement plus de scellements que les enfants du groupe « témoin », l'effet « campagne » est discutable : la prise en charge à 100% des scellements, les documents remis pour expliquer cet acte sont peut être des éléments incitateurs. Mais les résultats observés peuvent être liés au fait que les enfants du groupe action sont moins à risque carieux que ceux du groupe témoin. Ils présentent des molaires permanentes qui se carient moins vite, ou avec moins de suspicion de carie laissant le temps de poser les scellements dans de bonnes conditions techniques, garantes de la pérennité du scellement et de leur visibilité !

et témoigner aussi d'interactions positives

Deux résultats semblent mériter une attention de lecture :

- un nombre moyen de dents scellées supérieur à celui du département (0,3 dents permanentes scellées chez les enfants de CM1 pour la campagne de dépistage 2006/2007 du département du Val de Marne), et à celui de l'enquête nationale 2006, chez les enfants de 12 ans, (0.3 dents scellées par enfant)
- mais surtout
 - une forte augmentation du nombre d'enfants avec un scellement de sillons (35% et 24 % d'enfants) dans les 2 groupes, du CP au CM1 atteignant en CM1 des taux très supérieurs à la moyenne départementale qui était de 11 % d'enfants avec un scellement de sillon en CM1 pour l'année 2006/2007 (données dépistage Val de Marne 2006/2007)

L'impact auprès des écoles « témoin » qui, elles aussi, ont bénéficié d'une augmentation du nombre de scellements, laisse poser l'hypothèse que le dépistage annuel accompagné d'une prise en charge à 100% des soins de caries a conduit un certain nombre d'enfants au cabinet dentaire : certes pour des soins curatifs en première intention, mais qui leur ont permis d'accéder aux soins préventifs : les dentistes consultés ont pu informer sur les scellements de sillons et proposer un accompagnement personnalisé prenant en compte le degré d'éruption des dents et le risque carieux de l'enfant.

Conclusion

La campagne d'information sur les scellements, de par sa difficulté de mise en place, et par son manque de preuve d'efficacité n'a pas été reconduite ni élargie sur la ville.

Il semble que le dépistage, par l'incitation annuelle à aller chez le dentiste et la prise en charge du coût des soins, soit l'action la plus efficace auprès de cette population et constitue une hypothèse à explorer.

Au delà des résultats quantitatifs, l'évaluation des actions de terrain est un élément pertinent pour mieux observer la faisabilité des pratiques et les impacts induits dans la population.

Références

Haute Autorité de Santé : Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Novembre 2005.

Hescot P., Roland E : la santé bucco-dentaire en France. Enfants de 6 et 12 ans. UFSBD 2006.

Sensibilisation et informations aux parents et professionnels de la petite enfance au Blanc-Mesnil

I Durand, R Halfon Ville du Blanc-Mesnil (93)

Le contexte

La commune du Blanc-Mesnil investie dans les actions de prévention depuis la création du Programme Départemental de Prévention Bucco-Dentaire de la Seine-Saint-Denis, il y a plus de 20 ans, a par les nouvelles orientations de ses Centres Municipaux de Santé (2005-2015) élargi et développé son service dentaire dans une optique de santé publique en s'adressant plus particulièrement aux enfants (en 2009 : 55% des patients y ont moins de 13 ans).

Tout comme le département de la Seine-Saint-Denis qui est un des plus jeunes de France (les 18-24 ans y représentent 18% de la population), le Blanc-mesnil, commune de plus de 50.000 habitants garde son identité populaire, et sa population est jeune elle aussi : 3 blanc-mesnilois sur 10 ont moins de 20 ans. Les familles mono-parentales, tout comme la population d'origine étrangère représentent 18%.

Après une action de communication sur la dent de 6 ans dans les CP initiée en 2004, la nécessité de s'adresser aux parents d'enfants plus jeunes, s'est imposée à la suite de l'observation par les différents professionnels (cabinet dentaire, médecin de la petite enfance, médecin de PMI, Médecins scolaires avec l'examen des 4 ans dans les écoles maternelles...) de l'augmentation de l'incidence de la maladie carieuse de la petite enfance.

En 2008, deux projets ont donc vu le jour :

- l'un dans les structures d'accueil municipales en collaboration étroite avec le médecin de la **petite enfance** (financement: commune, département et région)

- l'autre dans les **PMI** afin de renforcer un partenariat déjà ancien, sur de nouvelles bases (financement: commune et département). Après une réunion de circonscription réunissant tous les personnels sur le thème « Santé orale de

la petite enfance », différents axes de travail ont été retenus et sont en cours de réalisation :

- Circulation de documents sur les nouvelles approches de la dentisterie, la santé orale de la femme enceinte,
- Information sur des sites web de dentisterie pédiatrique,
- Préparation de supports visuels pour des animations en salles d'attente (PMI et Service Dentaire Pédiatrique)*sur le thème : Que faire avant 6 ans pour conserver les 20 dents de lait saines de votre enfant ?

C'est le projet en direction de la petite enfance que nous décrivons dans ces lignes.

Co-porté par l'Atelier Santé Ville, le service dentaire pédiatrique des Centres Municipaux de Santé et la division de la petite enfance, ce projet partage la logique globale du Contrat Urbain de Cohésion Sociale. Centré à son origine sur la Structure Multi-Accueil des Tilleuls située en Zone Urbaine Sensible, il a été décliné dans toutes les structures de la commune et adapté à chacune d'entre elles.

La ville du Blanc-Mesnil possède 5 structures de la petite enfance : 2 crèches collectives ayant chacune une capacité d'accueil de 70 enfants, 1 structure multi-accueil (27 enfants), une crèche familiale (40 enfants) et une halte jeux (20 enfants).

Ces établissements répondent aux besoins des parents afin qu'ils puissent concilier vie familiale, vie professionnelle et vie sociale, en accueillant leur jeune enfant de 10 semaines à 3 ans dans des conditions favorisant son développement et son épanouissement. Ces structures peuvent accueillir sous certaines conditions, des enfants porteurs de handicap ou atteints de maladie chronique. Elles concourent ainsi à leur intégration sociale.

Le médecin de la petite enfance :

- veille à l'application des mesures préventives d'hygiène générale et des mesures à prendre en cas de maladie contagieuse ou d'épidémie, ou d'autres situations dangereuses.
- organise les conditions du recours aux services d'aide médicale d'urgence.

- effectue les consultations d'admission en crèche, dans le cas d'un accueil régulier.
- assure le suivi préventif des enfants accueillis, veille à leur bon développement et à leur adaptation dans la structure, en liaison avec le médecin de famille.
- assure les actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel de crèche.

Description du projet et de ses objectifs

Objectif général

Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants inscrits dans les structures de la petite enfance.

Objectifs stratégiques

1) Améliorer les savoirs et les compétences des professionnels des structures, et des parents sur la prévention des caries de la petite enfance :

- Donner les moyens aux acteurs de reconnaître des comportements générant des situations à risque cariogène
- Informer sur le caractère réversible des caries initiales précocement détectées

2) Mettre en place des projets individuels de prévention afin d'agir positivement sur les facteurs de risque

3) Développer un partenariat avec les parents et les professionnels des structures concernées par le problème des caries de la petite enfance.

Déroulement

En fonction de la démarche et d'une adaptation aux cinq structures ayant chacune leur particularité d'accueil, les différentes étapes de la mise en oeuvre des projets ne se sont pas forcément toutes déroulées de la même façon sur chacune d'entre elles, mais en voici la liste qui permet de saisir la démarche globale de cette action :

- Rencontre médecin /chirurgien-dentiste
- Définition des axes de travail - recherche d'action semblable, d'iconographie, de bibliographie, de webographie.
- Sensibilisation et écoute des équipes afin d'obtenir leur implication concrète et constructive dans le projet par appropriation des informations
- Création par les équipes, de supports d'information sur les actions à destination des parents

- Conception en commun d'un questionnaire « Vrai-Faux »/diaporama, support des séances d'information auprès des personnels et des parents.

- Repérage des comportements « facteurs de risque » sous forme d'un questionnaire transmis à tous les parents.

- Mise en place d'ateliers ludiques permettant :

- de relever en bouche le risque carieux individuel et l'état bucco-dentaire de 107 enfants

- de pratiquer une initiation à la connaissance de la bouche et au brossage (maxi-machoire, CD-Rom, pratique du brossage)

- de présenter le cabinet dentaire et les instruments (CD-Rom, poster)

- des lectures sur le thème en collaboration avec la médiathèque (une douzaine de livres)

- Réalisation par l'équipe d'un poster « le brossage étape par étape » à partir de photos prises dans les ateliers

- Information/Sensibilisation des parents (questionnaire « Vrai-Faux »/diaporama)

- Information/Sensibilisation des assistantes maternelles (questionnaire « Vrai-Faux »/diaporama)

- Distribution d'une trousse d'hygiène bucco-dentaire et documentation (200)

- Transmission aux parents des situations à risque et proposition d'un accompagnement pour y remédier

- Mise en place d'une plage horaire d'accueil prioritaire des tout-petits et des enfants repérés à risque carieux élevé, au sein de la consultation de dentisterie pédiatrique du CMS

- Sensibilisation des familles se présentant à une séance de vaccination au sein d'un centre social * (* : action en cours)

- Exposition dans le hall d'un centre social *

Moyens de communication développés par le projet

Les premières réunions d'information avec les personnels ont fait ressortir deux nécessités:

- Disposer d'une iconographie large pour illustrer nos propos

- Disposer de temps pour être à l'écoute attentive de l'histoire dentaire de chaque personnel afin de donner une tonalité audible à notre information et sensibilisation.

Ainsi ont été créées:

Un diaporama « la vie commence sans carie » qui couplé à un questionnaire « Vrai-Faux » est devenu le support des différentes séances de sensibilisation des familles (SMA : 6, Crèche Collective : 32) et des personnels des 5 structures dont 20 assistantes maternelles de la Crèche Familiale .

Des affiches d'information sur les ateliers

Une exposition photo à destination des parents, les photos ayant été remises aux parents à la fin de l'animation

Un Mémo-Sourire* pour les personnels « relais », petit carnet à spirale et à onglets comportant les conseils adaptés à certaines situations cliniques illustrées

Une exposition grand public* invitant les parents présents à une séance de vaccination à assister à

Une rencontre avec le dentiste* présent dans un lieu convivial pour estimer ensemble le risque carieux de leur enfant

Une affiche* annonçant le tout.

* : outils ou action en cours de réalisation

Développement des projets par structures :

Les actions n'étant pas toutes arrivées à leur terme (fin Décembre 2009*), l'évaluation définitive ne peut avoir lieu à ce jour, mais l'on peut déjà tirer quelques conclusions.

Le nombre d'enfants repérés « à risque » (21,5%) et leurs suivis : Trop peu d'enfants repérés comme à RCI ont été inscrits par les parents en consultation dentaire pédiatrique (21%) mais on note une importante augmentation du nombre d'enfants de <= à 3 ans reçus à la consultation dentaire pédiatrique : 2007 : 0,65% - 2008 : 1,64% - 2009 : 6,11%.

Conclusions

Pour la réalisation des actions elle-même sur les structures :

Les locaux très agréables des différentes structures ont toujours permis d'installer les ateliers dans des conditions favorables à un bon déroulement des actions par petits groupes d'enfants, tout particulièrement le repérage en bouche : les enfants libres de circuler dans des lieux connus étaient invités à venir « montrer les dents » « ouvrir la bouche » quand ils étaient prêts à cela .La présence et l'investissement du médecin et des personnels présentant et accompagnant le dentiste, l'assistante et son matériel (miroir à main, maxi-machoire, maxi-brosse, stylo lumineux) ont créé une dynamique

favorisant le bon déroulement des ateliers, et plus particulièrement de ce premier examen de la bouche de parfois tout-petits (18 mois) enfants , on observe seulement 11,2% de refus. Projet impossible sans :

- la dynamique créée et le soutien actif de la direction de la petite enfance

- l'offre d'accueil au sein de la consultation pour les tout-petits (effet pervers d'une information sans moyens d'agir)

Le travail de montage du projet avec les équipes le réalisant, et son évolution par l'évaluation des pratiques à chaque étape nous a semblé un facteur important.

Pour le contenu des informations

- Pas trop d'information mais la plus « appropriable » et profitable possible, toujours dans une situation d'écoute attentive car encore beaucoup trop souvent l'image du cabinet dentaire et des soins n'est pas aussi positive qu'on le souhaiterait ni auprès des équipes, ni auprès des parents (libérer la parole des personnels et des parents concernant leur propre vécu dentaire semble être un moment incontournable)

- Pas de messages contradictoires entre professionnels, CD, Médecin PE, Médecin de PMI (par exemple le fluor)

Le suivi

- La plage prioritaire est indispensable dans une consultation spécialisée « surbookée » sur 2 mois

- Le premier contact avec la découverte du cabinet est parfois aussi importante pour les parents que pour l'enfant, son but étant d'évaluer ensemble un RCI, comprendre la notion de réévaluation de ce risque à une fréquence à définir en fonction de son importance et du nombre de facteurs sur lesquelles il faut agir. Les familles ont avant tout besoin

- de soutien, d'être écouté et encouragé pour une adaptation positive des comportements à leur rythme, de ne pas être culpabilisé, ni jugé, par rapport à un relatif manque d'hygiène, ou plutôt une certaine inefficacité de celle-ci.

- Que les efforts d'appropriation des connaissances, à leur propre rythme, soient reconnus

Un de nos rôles est de les aider à résister à un certain environnement qui ne facilite pas leur tâche (télévision, ordinateur, consoles de sucreries, distributeurs...) concernant le changement d'habitudes cariogènes, tout

particulièrement pour les familles arrivant en France depuis peu, dont on est parfois bien loin d'imaginer ce qu'elles ont pu vivre .

Le point de vue des professionnels :

- La meilleure prévention : rencontrer et écouter les parents , pouvoir proposer une consultation dentaire pour les tout-petits, ce temps pris a un coût !

- La pression de la demande au sein d'une consultation pédiatrique des CMS de nos villes ne doit pas nous faire oublier cette dimension prioritaire qu'est l'écoute attentive de l'histoire de chaque famille (la rencontre de deux rythmes)

- La place des personnels « relais » informés et travaillant en étroite collaboration avec la consultation dentaire pédiatrique prend

là toute sa dimension capitale (satisfaction de pouvoir adresser à un professionnel , évite la sensation d'impuissance)

- La prise de rendez-vous pour les tout-petits demande un accueil particulier et simplifié, la démarche de la part des parents n'étant pas encore si aisée, celle-ci doit être facilitée.

-Savoir adapter les outils au cours du développement du projet.

Perspectives pour des actions nouvelles :

-Développer des modalités d'évaluation pertinentes et simples, car elles sont à la charge des même personnels qui mènent les actions

-Etendre ces actions aux sections de tout-petits dans les écoles maternelles.



ARCHEODENT

La stéréoscopie adaptée à la paléontologie, à l'odontologie et à la paléopathologie

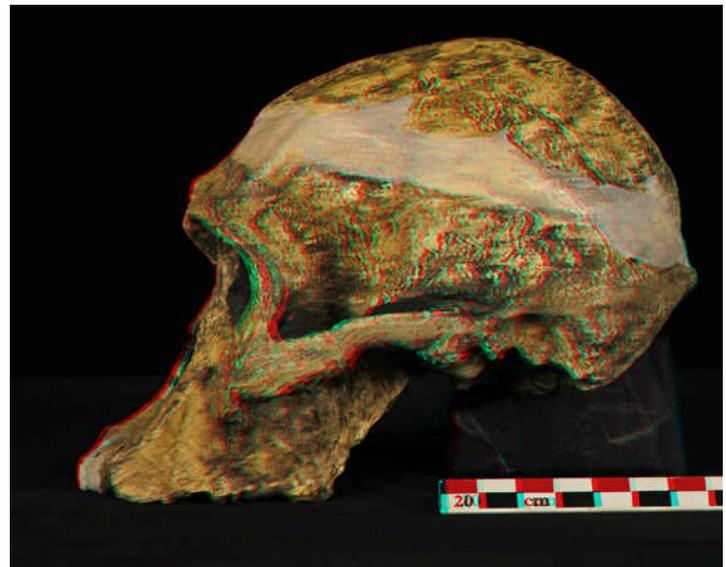
Djillali Hadjouis

La stéréoscopie est une technique d'imagerie qui est connue depuis plus d'un siècle. Sa reprise dans certains domaines comme l'anatomie, l'architecture, la géomorphologie ou la pétrographie facilite la lecture descriptive par la visualisation d'images en relief.

Techniquement, c'est la perception du relief à partir de deux images planes. L'image plate demande un effort d'interprétation alors que l'image en relief est naturelle. L'image gauche et droite du même spécimen photographié en même temps est captée par les deux rétines puis transmise au cortex visuel. L'image binoculaire en relief restitue ainsi les formes dans leur espace.

Cette technique, adaptée à l'interprétation des données paléanthropologiques et paléopathologiques donne des résultats spectaculaires. Un enseignement stéréoscopique muni de lunettes bicolors est pratiqué depuis quelques années à la faculté de chirurgie dentaire de Montrouge. Par ailleurs, des conférences sur des thématiques évolutives en paléontologie des vertébrés et en paléopathologie des populations anciennes sont présentées régulièrement. Les auditeurs ont ainsi la possibilité d'assister à une intervention scientifique, avec des lunettes aux couleurs rouge et vert, qui leur sont proposées à cette occasion.

L'enseignement et les conférences présentés à cet effet, illustrent des fossiles (crâne, denture, rachis ...) dont la description et l'interprétation d'un organe visualisé en 3 D, pourraient se passer de l'objet physique lui-même. Afin de voir en relief la série de photos, représentée ci-dessous, les adhérents recevront, s'ils le désirent une paire de lunettes bicolors.



Vue de profil d'un calvarium de *Australopithecus africanus*



Vue faciale d'un crâne provenant d'un squelette du Moyen Age de Créteil, présentant une torsion du visage et une occlusion croisée.



Vue palatine d'un crâne provenant d'un squelette du Moyen Age de Chevilley Larue présentant une forte abrasion de la table d'usure

PORTRAIT D'ACTEURS

Jean-Paul Espié

Docteur Huguette BOISSONNAT PELS*Y*, est chirurgien-dentiste et responsable du département santé du Mouvement ATD Quart-Monde Elle exerce depuis plus de 30 ans, en spécialité. Son engagement bénévole avec ATD Quart-Monde la conduit à travailler depuis ce temps aussi avec des professionnels de santé sur l'accès aux soins des plus pauvres, et sur des dispositifs en amont de la CMU.

Pouvez vous présenter le mouvement international ATD Quart Monde?

Le Mouvement ATD Quart-monde, créé en 1957 par Joseph WRESINSKI sous l'impulsion de quelques familles très pauvres a révélé l'existence d'une population qui au plus bas de l'échelle sociale, dans toutes les sociétés, subit la misère depuis plusieurs générations. Cette population qui est exclue de la vie associative, syndicale, politique, religieuse, à la merci de l'arbitraire des administrations, est très dépendante des œuvres d'entraide. Ces gens sont écartés de l'accès normal au logement, à la santé, à l'instruction, au métier, ils n'ont pas vraiment droit à la parole.

L'objectif de ATD Quart Monde est que ces familles pauvres et exclues puissent vivre dans la dignité, qu'elles aient les moyens d'élever leurs familles, qu'elles puissent participer par leur expérience et leur travail à l'avenir de leur pays, qu'elles prennent place dans les projets de société, qu'elles acquièrent les moyens d'expression, les moyens de représentation, dont disposent tous les autres groupes de citoyens.

La priorité doit être donnée aux plus défavorisés, ce n'est pas un luxe mais une nécessité, c'est la garantie qu'ainsi tous les êtres humains seront respectés dans leurs droits, dans leur dignité, dans leur humanité.

Quelles sont les actions de votre département santé ?

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, tendait à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la

culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

Des réseaux Wresinski ont été créés par ATD Quart Monde dans chacun des champs ainsi définis pour assurer une veille permanente sur l'application de la Loi. Ils sont constitués sur tout le territoire de personnes engagées avec ATD Quart Monde : universitaires, professionnels de terrain, professionnels des administrations, bénévoles, mais aussi militants du Quart Monde continuant de vivre la précarité et l'exclusion. J'anime le réseau santé carrefour d'expériences, de constats, de propositions pour que tous soient égaux face à l'accès aux soins et à la prévention.

A côté des réseaux, je devrais dire aux côtés et dans les réseaux, les comités solidaires pour les droits regroupent des personnes en situation de pauvreté ou issus de ces milieux qui enquêtent dans leurs quartiers auprès de leurs proches sur la réalité de terrain et sur le vécu de l'application des mesures prises pour les plus démunis. Dernièrement les enquêtes ont eu pour thème : recours aux soins de proximité des plus pauvres

Enfin, les actions de co-formations, que nous impulsions, permettent de mettre en situation de formation des professionnels de santé et des personnes en situation de pauvreté. La méthode du croisement des savoirs y est développée.

Comment situez-vous l'importance des besoins de santé dentaire ?

Les besoins de santé buccodentaire de ces populations sont à mon regard de professionnel extrêmement importants et ce seront les populations qui feront vivre nos cabinets de soins demain. Mais si j'entends mes amis du quart-monde, leurs besoins ne sont pas

superposables à mon analyse. Et nous avons deux logiques. Leur santé buccodentaire est alors je crois à la rencontre de nos deux logiques. Mais aujourd'hui plus que jamais, la santé buccodentaire des plus pauvres se situe à la croisée de trois interprétations : celle du patient celle du soignant et celle de l'institution. C'est ce trépied décisionnel qui doit être le garant de la réussite des actions en faveur de la santé buccodentaire des plus pauvres

Car le problème de la santé buccodentaire est bien spécifique et nos travaux nous amène à le considérer comme fondamental, symbolique de ce qui se passe dans la santé des plus démunis: il y a un problème d'argent, mais pas que ça. C'est un ensemble de problématiques.

La douleur bucco-dentaire est souvent une entrée dans le soin car elle est intolérable et le patient rejoint « de force » le circuit de soins. Il faut alors que la relation se mette en place très vite c'est souvent alors l'occasion de régulariser les droits, nous le faisons en lien avec un réseau et c'est toute la santé de l'individu qui est alors prise en compte.

Si l'on considère que se soigner amène à « subir un désagrément immédiat pour un mieux-être à long terme; une frustration à court terme pour un bien-être à long terme ». Subir des frustrations immédiates pour un bien être futur est inconciliable avec le manque de repères dans le temps quand on a une vie de galère.

Les désagréments à court terme sont d'abord la peur du soin, la difficulté d'aller sur le lieu du soin, la durée des transports, l'attente, l'inquiétude dans la salle d'attente, la gestion des rendez-vous, être à l'heure, ne pas oublier, ne pas être angoissé de rater le rendez-vous. L'aspect préventif des soins peut être ressenti comme contraignant : « C'est trop lourd à gérer : aller régulièrement chez un dentiste quand on gère sa vie au jour le jour ».

Et puis vient le geste de soin : la douleur, il faut être allongé sans remuer, la bouche ouverte et subir le soin. Et on nous promet que ça ira mieux, on n'aura plus mal dans dix séances et on aura peut-être des couronnes si on peut les payer. De même la prévention et l'éducation à la santé peuvent aussi être

comprise comme une frustration à court terme, comme pour l'alimentation, les régimes, les suppressions de bonbons, etc.

Pour accepter cette frustration, cette contrainte d'accès aux soins, il doit exister un accompagnement professionnel pour amener à la démarche curative, et entraîner la démarche préventive. Pour accepter le désagrément ou la souffrance du soin, il doit alors exister une possibilité pour le patient d'un équilibre au quotidien, d'une compensation de bien-être.

Nous, professionnel de santé, nous nous devons de rejoindre le patient dans sa réalité, dans sa demande, dans sa dignité et établir une relation de partenariat avec lui. S'éloigner des techniques qui nous sont serinées à grand coup de pub. Il faut revenir à l'individu et non à la technique appliquée sur « une bouche » et nous serons souvent la porte d'entrée dans la santé pour nos patients démunis.

Quel est votre point de vue sur les messages de prévention ?

Savez vous ce que disent les groupes d'usagers que nous organisons à ATD Quart monde sur les questions de prévention ?

Ils soulignent que : «La prévention devrait davantage être abordée sous l'angle de la relation à l'autre chez les ados là c'est le social qui marque. « Si tu lui dis : « Attention, les filles, elles te regarderont mieux si t'as des belles dents, que si t'as des grosses dents toutes noires et toutes écaillées ! » là il t'écouterait plus que si tu lui dis « des bêtes vont te faire des trous dans les dents »... ».

Les dentistes à l'école, c'est bien, les maquettes, l'information. Mais le problème de la prévention, c'est que ça sert souvent de coup de pub. La prévention en soins dentaires devrait être longiligne dans les classes », «Je pense que faire de la prévention dans les écoles serait un bon point pour la prévention des caries.», «Il faut au moins une première visite chez le dentiste pour les enfants de 6 ans.», Il faut donner confiance aux parents afin qu'ils ne perdent pas leur place : « les mettre en position de parents ». Les parents souhaitent décider pour leurs enfants « ma gosse avait besoin de se faire soigner les dents et si je n'y avais pas été en premier je pense qu'elle n'y serait pas

allée L'alimentation saine et équilibrée est reconnue comme un élément extrêmement important de la prévention mais tous s'accordent à dire qu'elle n'est pas à la portée des personnes démunies.

«Je ne peux pas me permettre de mettre 20 Euros dans une consultation de prévention, le dentiste de la Sécu a dit à ma dentiste (lors d'une analyse d'activité) que si on veut se faire compter les dents, on n'a qu'à payer. 20 euros, ça risque de casser mon budget pour le mois.»

Les messages d'éducation à la santé et de prévention peuvent aussi être compris comme des contraintes négatives supplémentaires et peuvent de même être ressenties comme hors d'atteinte lorsque les sécurités de base de la vie ne sont pas au rendez-vous (pas de lieu fixe pour la toilette, pas de nourriture équilibrée, pas d'argent, etc.).

Les méthodes de prévention doivent être adaptées aux gens et à leurs réalités de vie. Les personnes démunies nous rappellent avec force que « si vous agissez pour nous, sans nous, tôt ou tard vous agirez contre nous ».

La participation des usagers ou de la population vous l'avez évoqué avec la contribution des comités solidaires à l'évaluation de la réalité de la mise en place des mesures prises pour les plus démunis, est plus qu'un souci pour ATD c'est un principe d'action. Pouvez revenir sur vos activités de recherche et d'évaluation où il est déployé?

Une partie de nos activités de recherche concerne la participation des usagers. En effet, une telle démarche ne s'improvise pas. Il ne s'agit pas seulement de donner la parole aux gens. Cela requiert des réflexions sur la méthodologie, et sur les conditions de réussite. Le concept de participation peut se définir comme « prendre part à une action qu'on partage avec d'autres ». Il y a plusieurs formes de participation qui peuvent s'appliquer ou coexister dans des démarches participatives. Nous avons présenté avec Chantal Sibue de Caigny, l'intérêt d'une telle démarche au Congrès national de santé publique de Nantes (2009). Nous avons intitulé notre communication « la plus-value de la médiation dans les démarches de santé participative ».

Une autre partie de nos activités de recherche concernent la relation soignant-soigné et dès la mise en place de la CMU en 1999 nous avons initié un travail dans le cadre de l'accès aux soins et à la prévention des publics précaires. Ce travail est la trame des activités de recherche, menées en étroite collaboration avec des partenaires institutionnels, professionnels, universitaires avec trois objectifs: identifier les besoins et les demandes de santé, énoncer des préconisations, analyser l'offre de santé proposée aux plus pauvres, leur recours aux soins, ainsi que de leur souhait quant à la prise en charge de leur santé.

Actuellement nous étudions 232 fiches de faits envoyées par les membres de notre réseau santé, personnes issues de la pauvreté ou professionnels de la santé ou de social en répertoriant les difficultés d'accès aux soins mais aussi en axant notre travail sur le positionnement du professionnel et de l'usager et les modes d'échappement informels développés sur le terrain devant ces difficultés.

A la lumière des expérimentations auxquelles j'ai participé en tant que dentiste, je peux dire que lorsque les conditions énoncées dans ces travaux sont réunies (message préventif, accompagnement, ouverture immédiate de droits, prise en charge sans avance des frais, relation de confiance avec le soignant et participation de l'usager à sa santé), les personnes ont non seulement un bon état bucco-dentaire, mais leurs enfants sont suivis, souvent indemnes de caries, et les petits-enfants sont déjà en consultation de prévention.

Je souhaite citer le père Joseph WRESINSKI à qui je me présentais en disant vous n'avez sûrement pas besoin de dentiste dans votre association Il me disait en 1978 : «Tu sais lorsqu'une société montrera tous ses gens avec des dents bien soignées, c'est qu'il n'y aura plus de pauvreté, les mauvaises dents ça signe la misère».

REVUE DE LITTÉRATURE

Annabelle Tenebaum

Factors associated with early-stage diagnosis of oral and pharyngeal cancer. Watson JM, Logan HL, Tomar SL, Sandow P. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37:333-341

Cette étude a pour objectif l'analyse des comportements et démarches de soins des patients diagnostiqués pour un cancer oro-pharyngé. Elle a comme but de déterminer si l'accès à un professionnel de santé dans l'année précédente est associé à un diagnostic précoce.

Méthode : L'enquête a été réalisée auprès de 131 patients récemment diagnostiqués pour un cancer oro-pharyngé dans deux centres de cancérologie en Floride. Le stade du cancer (précoce ou avancé) lors du dépistage du cancer oro-pharyngé, les habitudes en soins dentaires des patients et le nombre de signes initiaux ou symptômes furent analysés. Les démarches des patients par rapport aux soins dentaires furent également étudiées : visite de contrôle, fréquence, dernière visite ainsi que la réalisation d'un éventuel examen de dépistage de lésions cancéreuses.

Résultat : En général, 25,3% des participants ont rapporté avoir eu un examen de dépistage à leur dernière visite chez le dentiste. Les patients ayant bénéficiés d'un tel examen (79%) étaient de manière significative plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade précoce que ceux qui n'en avaient pas eu (48%). Les participants ayant un dentiste de famille (65%) étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade précoce que ceux n'en ayant pas (41%). Les facteurs associés à la réalisation d'un examen de dépistage comprennent le fait d'avoir un dentiste de famille, d'avoir réalisé une visite dans les 12 mois précédents et d'avoir des soins réguliers. Le nombre de signes ou symptômes rapporté par les patients étaient significativement associés au stade du diagnostic. Le symptôme initial le plus courant était la douleur dans la sphère oro-buccal.

Conclusions : Ces résultats viennent souligner l'importance des examens de dépistages des cancers oro-pharyngés de façon périodique et minutieuse.

The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, Kivimäki M, Tsakos G. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 357-365

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du statut socio-économique (SSE) dans l'enfance sur le comportement bucco-dentaire chez l'adulte, en

fonction du statut socio-économique et du sentiment de cohérence (SoC) à l'âge adulte.

[Le sentiment de cohérence se compose du sentiment de la compréhension des événements de la vie, de celui de pouvoir les gérer et du sentiment qu'ils ont un sens. Un fort sentiment de cohérence conduit à ce qu'un être humain peut agir de manière relativement ciblée en faveur de comportements favorables à la santé, qu'il peut aussi réagir de manière flexible aux exigences de la vie et mettre en œuvre les ressources appropriées. Selon Antonovsky, le sentiment de cohérence se développe au cours de l'enfance et de l'adolescence; il est marqué par l'ensemble des expériences de vie et les émotions. www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249]

Méthode : Cette étude analyse les réponses de 5318 personnes âgées de 30 ans et plus qui ont participé à l'enquête nationale de la santé en Finlande en 2000. Les participants ont fourni des informations de type démographique (sexe, âge, statut marital, urbanisation), le SSE de leur enfance (niveau d'éducation parental), le SSE à l'âge adulte (niveau d'étude et revenu du ménage) et ont répondu à des items concernant l'échelle de Sentiment de Cohérence et leur comportement en rapport à la santé bucco-dentaire (rendez-vous chez le dentiste, fréquence du brossage, fréquence des prises sucrées et nombre de cigarette journalière).

Résultat : Le statut socio-économique de l'enfance a un impact sur le comportement bucco-dentaire à l'âge adulte, mais de manière indirect via le SSE et le SoC à l'âge adulte. Cependant, le lien avec le SSE à l'âge adulte est plus fort qu'avec le SoC.

Conclusion : Le lien entre le SSE de l'enfance et les comportements en rapport avec la santé bucco-dentaire à l'âge adulte est principalement assuré par le SSE à l'âge adulte et dans une bien moindre mesure au SoC. Un fort sentiment de cohérence est significativement associé avec un meilleur comportement en rapport avec la santé bucco-dentaire, après ajustement sur le SSE à l'âge adulte et les caractéristiques démographique de l'échantillon.

AGENDA

50e journées annuelles de nutrition et de diététique

29/01/2010

Paris

<http://www.jand.fr/opencms/sites/fr/index.html>

6èmes journées annuelles de la prévention

8-9/4/2010

Paris

<http://journées-prevention.inpes.fr/index.php>

Congrès ADELFF-EMOIS

22-23/4/2010

Bordeaux

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/>

6èmes Rencontres de l'Institut Renaudot "Faire de la santé ensemble : comment ?"

11-12/06/2010

Toulouse

<http://www.institut-renaudot.fr>

20th IUHPE world conference on health promotion: health, equity and sustainable development

11-15/07/2010

Genève

<http://www.iuhpeconference.net/>

31st annual conference of the international society for clinical biostatistics

29/08-02/09/2010

Montpellier

<http://www.iscb2010.info>

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.