

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

2019 TOU3-3053

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par :

Pierre-Alexandre BELLAN

Le Jeudi 10 Octobre 2019

**ACTIONS DE PREVENTION ET DEPISTAGE BUCCO-DENTAIRE EN
PMI DANS DES RESEAUX D'EDUCATION PRIORITAIRE**

Directrice de thèse : Docteur Marie-Cécile VALERA

JURY

Président :	Professeur Frédéric VAYSSE
1 ^{ère} assesseur :	Docteur Emmanuelle NOIRRIT- ESCLASSAN
2 ^e assesseur :	Docteur Marie-Cécile VALERA
3 ^e assesseur :	Docteur Mathieu MARTY



UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

2019 TOU3-3053

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par :

Pierre-Alexandre BELLAN

Le Jeudi 10 Octobre 2019

**ACTIONS DE PREVENTION ET DEPISTAGE BUCCO-DENTAIRE EN
PMI DANS DES RESEAUX D'EDUCATION PRIORITAIRE**

Directrice de thèse : Docteur Marie-Cécile VALERA

JURY

Président :	Professeur Frédéric VAYSSE
1 ^{ère} assesseur :	Docteur Emmanuelle NOIRRIT- ESCLASSAN
2 ^e assesseur :	Docteur Marie-Cécile VALERA
3 ^e assesseur :	Docteur Mathieu MARTY



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)

Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER +

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant : Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL

Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeurs d'Université : Mme COUSTY,
Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme. RAPP, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr FISSE Mr. GAILLAC,
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 05 septembre 2019

Remerciements

A ma maman, merci pour ton soutien et ton amour inconditionnel durant toutes ces années. Merci d'avoir été là pour m'apporter un de tes petits plats à l'improviste ou encore d'avoir dormi sur un matelas la veille d'un concours. Aujourd'hui encore, tu restes ma plus grande confidente.

A mon papa, merci de m'avoir guidé et conseillé dans mes choix jusqu'à ce jour. Que ce soit avec ton calme ou ta sagesse, j'espère un jour pouvoir ressembler au père et à l'homme que tu es.

A mes parents, je n'aurais jamais réussi sans vous, je suis fier d'être votre fils.

A ma sœur, depuis mon plus jeune âge j'essaie de marcher sur tes traces et encore aujourd'hui tu me montres le chemin. Chaque petit frère rêverait d'avoir la grande sœur que tu es. Merci de ton implication dans ce travail, finalement on commence à distinguer le pont...

A mon papy, merci pour toutes ces parties de pêche ou de chasse en ta compagnie. Minique avait six ans quand il conduisait ton tracteur et il a encore beaucoup à apprendre à tes côtés. A toi ma chère mamie qui me regarde depuis là-haut, je resterai toujours ton petit mawagit.

A mes grands-parents partis trop tôt, qui reposent dans mon cher Saint-Bertrand, j'adresse une pensée émue.

A Marie, notre histoire a commencé il y a bien longtemps. Après avoir été ma partenaire de clinique, tu es devenue aujourd'hui ma pensée de chaque instant. Une page se tourne avec la fin de nos études, mais notre aventure à deux ne fait que commencer. Merci.

A ma marraine, merci pour notre belle complicité et ton soutien de chaque instant.

A mon parrain, merci pour tous ces moments passés à me taquiner.

Je prends à mon tour votre rôle auprès de Maxim et d'Alexis avec beaucoup de fierté.

A ma tante, merci pour tous ces souvenirs, ton incontournable riz de tata et ces moments en famille partagés en ta compagnie à Saint-Bertrand.

A ma belle-famille, merci beaucoup pour votre accueil et pour tous ces moments partagés à Lacanau.

Aux Jacky's, Adrien, Cyril, Jérémie, Sylvain et Wilfried, c'est à l'EFCA, dans un bus de lycée, autour d'une pyramide à la fête de Bouzin et dans d'innombrables soirées que s'est forgée notre amitié. J'ai malheureusement l'impression qu'on va devoir se supporter encore de nombreuses années... Boni, membre du Comité cochon.

Aux copains du love, Marie L, Mathieu, Thibaut et Francis, merci pour cette soirée à l'escargot, pour ces rencontres avec Bruno et Magalie, pour ces voyages inoubliables et pour votre finesse en toutes circonstances. Moundir est fier de vous compter parmi ses amis.

A Solène et Maxime, merci pour ces soirées improvisées, pour l'histoire d'une veste de soirée blanche ayant fini sa course au bord de l'océan... Cette rencontre m'aura permis d'oublier une année difficile. Une belle amitié est née, il ne fait aucun doute qu'elle perdurera.

A Paule et Juliette, duo inséparable, pour ces rocks endiablés et soirées à bavarder, **aux élus** pour ces débats animés à vouloir changer le monde, **à mes amis**, merci pour ces moments partagés.

Aux Dr Cros-Mayrevielle, Dr Chamontin et Dr Leleu, merci de votre confiance et de vos conseils dans mes débuts, ils me seront précieux.

A notre président de jury :

Monsieur le Professeur **Frédéric VAYSSE**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Chef du Service d'Odontologie
- Chef adjoint du pôle CVR
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous avons pu apprécier durant notre cursus la justesse et la qualité de votre enseignement. Très impliqué dans la gestion du service d'odontologie, et notamment en pédiatrie, je suis ravi que vous ayez accepté d'être le président de ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre jury de thèse :

Madame le Docteur **Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Ancienne Interne des Hôpitaux
- Docteur de l'Université Paul Sabatier
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions très chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de nous avoir guidés tout au long de notre cursus universitaire et de votre disponibilité en clinique. Vos conseils théoriques et pratiques dans la mise en application de l'odontologie pédiatrique nous seront très précieux.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre directrice de thèse :

Madame le Docteur **Marie-Cécile VALERA**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'université Paul Sabatier – Spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Nous vous remercions pour votre investissement dans la mise en place de ce programme de prévention. Nous vous remercions également pour la patience, la disponibilité et l'intérêt dont vous avez fait preuve à l'égard de ce travail. Nous avons beaucoup appris à vos côtés et ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Nous n'oublierons pas nos discussions à l'heure du goûter et votre optimisme en toutes circonstances.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de nos sentiments les plus sincères.

A notre jury de thèse :

Monsieur le Docteur **Mathieu MARTY**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies crânio-faciales
- Master 2 "Sciences de l'éducation" Université Paul VALÉRY Montpellier 3

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de participer à ce jury.

Votre présence à nos côtés durant ces années cliniques et théoriques nous aura beaucoup appris. Nous nous souviendrons longtemps de votre humour qui n'a d'égal que votre amour pour les bonbons.

Veillez trouver ici le témoignage de notre plus grande gratitude.

Table des matières

Table des matières	10
Introduction	12
I) Protection Maternelle et Infantile	13
1. Qu'est-ce qu'un centre de PMI ?	13
1.1. Définition et organisation des centres de PMI	13
1.2. Missions des centres de PMI	13
1.3. Financement des centres de PMI	15
1.4. Lieux de consultations	16
1.5. Disparités observées	16
2. Présentation des PMI toulousaines	19
2.1. Les réseaux d'éducation prioritaire	20
2.2. Fonctionnement des PMI toulousaines	20
II) La carie précoce de l'enfance	23
1. Données générales :	23
2. Données hospitalières chez les enfants de moins de 6 ans	24
3. Impact du milieu social sur la santé bucco-dentaire	27
III) Actions de prévention bucco-dentaire en centres de PMI	30
1. Mes actions de prévention en salle d'attente de PMI	30
1.1. Visites à la PMI de Bagatelle (Jeudis 13 décembre 2018 et 10 janvier 2019)	31
1.2. Visites à la PMI de Basso-Cambo (Jeudis 17 et 31 janvier)	34
1.3. Visites à la PMI d'Empalot (Jeudis 7 et 14 février)	36
1.4. Visites à la PMI du Centre (Jeudis 21 et 28 février)	37

1.5. Visites à la PMI de Borderouge (Jeudis 7 et 14 mars).....	39
2. Formation professionnelle médicale à destination des personnels médicaux et paramédicaux des PMI de Toulouse.....	40
2.1. La formation et ses objectifs	40
2.2. Questions et orientation post-formation.....	42
Discussion	43
Conclusion.....	45
Annexes	46
Bibliographie.....	54

Introduction

De nos jours, la prévention dans la santé occupe une place prépondérante au sein de l'opinion publique et constitue une notion importante dans la profession de chirurgien-dentiste. Il est reconnu que la santé orale constitue une part importante de notre santé générale, et influe sur la vie et la croissance des enfants (1). En comparaison avec d'autres maladies infantiles dans le monde, la carie précoce de l'enfance est cinq fois plus présente que l'asthme et au moins sept fois plus fréquente que le rhume des foies. Dans certains pays en voie de développement, la prévalence de la carie précoce de l'enfance atteint des proportions considérées comme épidémique (1).

En partant de ce constat, la nécessité de mener des actions de prévention ciblant les enfants âgés de moins de 6 ans est devenue primordiale. Le service d'odontologie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse a mis en place, en 2018 et 2019, un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire à destination de 10 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) en réseau d'éducation prioritaire. Suite à la mise en place de ce programme et dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes donc rendus dans ces centres afin de réaliser des séances de prévention et de dépistage bucco-dentaire.

Dans une première partie, nous définirons ce qu'est un centre de PMI et aborderons les différentes missions que celui-ci remplit, puis nous nous intéresserons plus précisément aux PMI de la région toulousaine. Dans un second temps, nous ferons un état des lieux sur la prévalence de la carie précoce de l'enfance dans le monde et le lien qu'il peut exister entre cette pathologie et le milieu social dans lequel évolue l'enfant. Pour finir, nous détaillerons les actions menées auprès des centres de PMI toulousains.

I) Protection Maternelle et Infantile

1. Qu'est-ce qu'un centre de PMI ?

1.1. Définition et organisation des centres de PMI

L'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est le texte fondateur de la création des services de PMI. Ce texte nous renseigne sur l'organisation, les missions et les compétences des nouveaux services de PMI qui ont pour objectifs d'assurer la protection des mères et des enfants de moins de 6 ans.

Après la seconde guerre mondiale, le taux de mortalité infantile augmente fortement en raison d'une mauvaise alimentation, d'un suivi médical des femmes enceintes insuffisant et d'une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses.

C'est avec le décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile que le service de PMI devient une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) (2).

Un service de PMI est donc sous la responsabilité du président du Conseil départemental et est dirigé par un médecin inspecteur départemental. Il est constitué des professionnels qualifiés notamment dans les domaines médicaux, paramédicaux, sociaux et psychologiques (c'est-à-dire des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des puéricultrices, des conseillères conjugales, des psychologues et des assistantes maternelles) (3).

La PMI est un service à la croisée de la santé et du social ; de l'individu et du collectif, avec des animations en salle d'attentes et des séances d'information ; des actions de prévention avec les dépistages et les vaccinations et des actions pédagogiques.

1.2. Missions des centres de PMI

Les centres de PMI vont agir majoritairement auprès de deux types de patients : les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans. Elles ont également un rôle de récolte, d'analyse et de diffusion d'informations auprès des patients et de la profession.

Concernant les femmes enceintes, les centres de PMI ont pour but d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale telles que : (4).

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- La pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ;
- Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes : lors d'un entretien psychosocial qui est réalisé au cours du 4^{ème} mois, des actions d'accompagnements peuvent être mises en place ;
- Des actions médico-sociales préventives et de suivi sont assurées pour les parents en période post-natale, à la maternité et à domicile. Ces actions se déroulent, par exemple, les jours suivant le retour à domicile ou lors de consultations.

Pour les enfants de moins de six ans, les actions médico-sociales ont notamment pour objet d'assurer la surveillance de la croissance staturo-pondérale, la surveillance du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ; ainsi que le dépistage précoce des anomalies (ou déficiences). Elles s'assurent également de la pratique des vaccinations. Cette surveillance est possible grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants et se réalise au travers :

- Des actions médico-sociales auprès des enfants de moins de 6 ans et de leur famille dans leur cadre de vie à domicile par des puéricultrices et des médecins. La priorité est donnée aux familles nécessitant une protection particulière au vu de leur situation sanitaire, matérielle ou morale. La promotion de la santé familiale passe également par le dépistage des dysfonctionnements parentaux pouvant entraîner négligence ou maltraitance ;
- Des consultations de nourrissons dans les centres sociaux, gratuites, en vue de la surveillance régulière de l'état sanitaire, de la prévention collective (vaccinations, rachitisme, nutrition...) du dépistage précoce des handicaps et de l'accompagnement de ces enfants et de leur famille ;
- De la gestion des carnets de santé et l'exploitation des certificats de santé obligatoires, de la prévention vaccinale et de la prise en charge des handicaps ;

- De la réalisation des bilans de santé des enfants âgés de 3-4 ans dans les écoles maternelles ;
- De liaisons avec les services hospitaliers de néonatalogie, de pédiatrie, ainsi qu'avec la médecine libérale.

D'autres interventions sont aussi réalisées comme :

- Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations ;
- L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints ;
- Des actions d'information sur la profession d'assistant(e) maternel(le) et des actions de formation initiale pour aider les assistant(e)s maternel(le)s dans leurs fonctions éducatives (5).

Depuis 2005, un entretien individuel ou en couple est proposé à toutes les femmes au cours du quatrième mois de grossesse. Il a pour objectif de dépister les troubles de la relation parents-enfant, les troubles de la grossesse et de proposer un suivi ou une prise en charge spécialisée aux femmes enceintes. En France, les services de PMI assurent une grande partie des entretiens du quatrième mois (51 000 en 2012) (6).

1.3. Financement des centres de PMI

Le mode de financement de la PMI reste complexe. La prise en charge financière des missions sanitaires, médico-sociales et sociales, est répartie entre l'État, les organismes de sécurité sociale et les départements en fonction de la nature des interventions.

Pour les actions relevant de la mission générale de santé publique, les actes médicaux sont financés par l'État. En revanche, lorsque les interventions ont attrait à la maternité et la famille, ce sont les organismes de Sécurité sociale qui les prennent en charge, sans participation financière directe de la part des bénéficiaires.

La dépense nationale relative aux PMI est d'environ 700 millions d'euros par an (7).

1.4. Lieux de consultations

En France, on recense 5100 lieux fixes de consultation, souvent implantés dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, y compris en milieu rural. En termes de répartition, 87% de ces lieux de consultations sont utilisés pour des consultations infantiles, 26% pour des consultations prénatales et postnatales et 23% pour des consultations de planification et d'éducation familiale. Dans certains départements (seuls 11 départements sont concernés et sont majoritairement situés dans le Nord de la France), des camions itinérants ont également été mis en place (6).

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est établie en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte en priorité des populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

1.5. Disparités observées

Les centres de PMI touchent un cinquième de la population ciblée : au travers de 270 000 séances de consultations, 400 000 personnes sont vues en consultations de planification chaque année, dont 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants (dont plus de 50 % de moins d'un an).

Cependant, les disparités de consultations entre les départements sont considérables :

Consultations prénatales : la norme est de 4 demi-journées de consultations par semaine pour 100 000 habitants. En 2012, 64 départements n'atteignaient pas cette norme tandis que 15 départements dépassaient largement ce quota (figure 1).

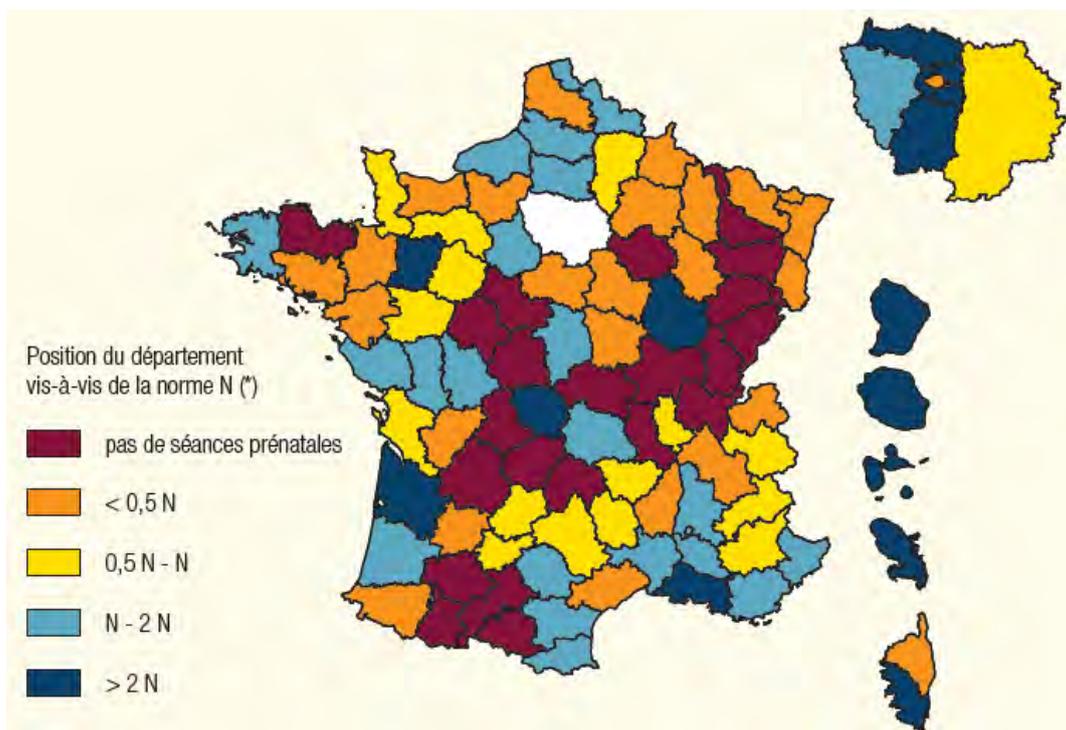


Figure 1 : respect des normes sur les actions prénatales en faveur des futures mères en 2012
 (Source : Elise Amar et Françoise Borderies, 2015, « Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 »)

Consultations infantiles : la norme minimale est d'une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants. En 2012, 47 départements étaient au-dessous de ces normes, mais 41 départements nécessitaient entre 2 et 5 fois plus de consultations.

Concernant le nombre de sages-femmes et de puéricultrices, 22 départements se situent en dessous de la norme. On note des écarts entre départements qui vont de 1 à 5,5 pour le nombre de puéricultrices et de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes.

Pour les consultations prénatales et de planification, il persiste de nombreuses zones non couvertes à l'intérieur des départements. C'est notamment dans ces zones-là que se trouvent des populations isolées ou défavorisées qui n'ont pas accès à la prévention et au soin.

Ces disparités ne sont corrélées à aucun des indicateurs de précarité ou de vulnérabilité et représentent souvent l'investissement des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance (6).

59% des consultations et des visites à domicile sont des actions pour les enfants et constituent l'activité principale des PMI en 2012, 29% sont pour la planification familiale et 13% sont des actions pour les mères et les femmes enceintes (figure 2).

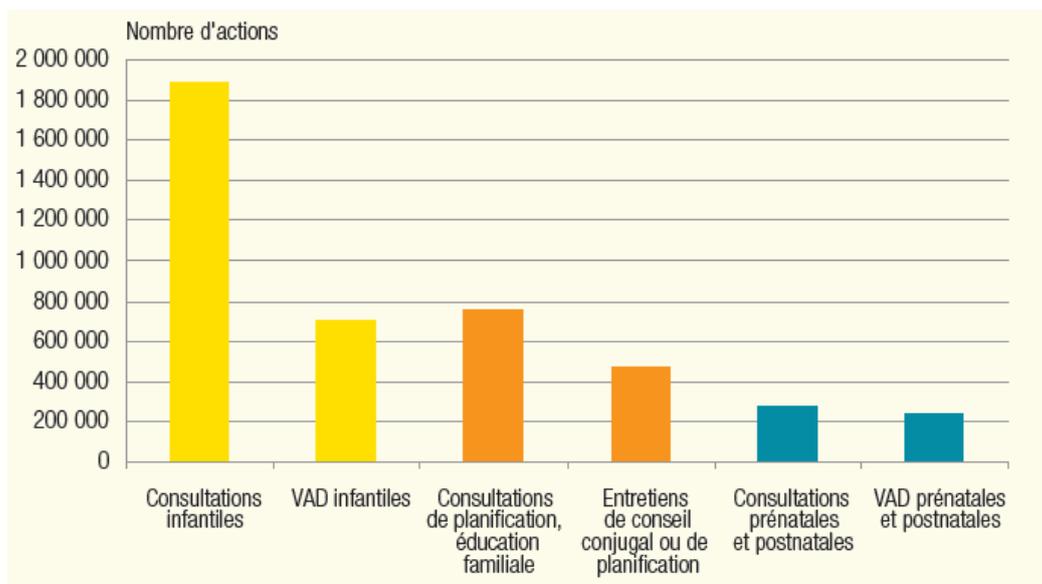


Figure 2 : répartition des activités d'entretiens, des consultations et des visites à domicile de la PMI en 2012
(Source : Élise Amar et Françoise Borderies, 2015, « Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 »)

Les disparités s'observent également sur la répartition et le nombre de professionnels travaillant dans les PMI.

12 600 professionnels travaillent dans les services de PMI dont 2000 médecins titulaires et plus de 5000 puéricultrices et infirmières (figure 3).

	Équivalent temps plein (ETP)*						Répartition ETP (en %)	Taux d'évolution (en %) 2012/2007	Taux d'évolution annuel moyen (en %) 2012/2007	Effectifs* 2012
	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Puéricultrices	4 150	4 140	4 190	4 180	4 160	4 200	39,3	1,3	0,3	4 690
Médecins	2 210	2 260	2 350	2 210	2 160	2 090	19,6	-5,4	-1,1	2 690
Infirmiers (ières)	1 340	1 310	1 360	1 380	1 390	1 340	12,6	0,2	0,0	1 560
Sages-femmes	860	910	960	980	970	1 010	9,4	16,3	3,1	1 170
Auxiliaires de puériculture	860	900	1 020	980	960	910	8,5	5,3	1,0	1 050
Psychologues	460	490	540	540	520	480	4,5	6,0	1,2	580
Conseillers(ères) conjugaux(ales)	230	250	320	380	340	340	3,2	52,1	8,8	500
Éducateurs(trices) de jeunes enfants	260	270	290	300	310	310	2,9	18,6	3,5	360
Total estimé** des principaux ETP intervenant auprès du public	10 380	10 530	11 040	10 940	10 830	10 690	100	3,0	0,6	12 600

* Personnels en position d'activité (y compris congés maladie, parental...), hors vacataires et hors remplacement de personnels titulaires.

Figure 3 : les principaux professionnels intervenant auprès du public dans les centres de PMI
(Source : Élise Amar et Françoise Borderies, 2015, « Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 »)

En 2012, plus de 700 000 enfants ont bénéficié d'au moins une consultation (2) (6).

2. Présentation des PMI toulousaines

En région toulousaine, 11 lieux de consultations sont disponibles : Amouroux-Bonnefoy / Bagatelle / Basso-Cambo / Centre / Empalot / La Faourette / Minimes / Pont-Vieux / Rangueil / Reynerie-Saint Simon / Soupetard / Borderouge (figure 4).

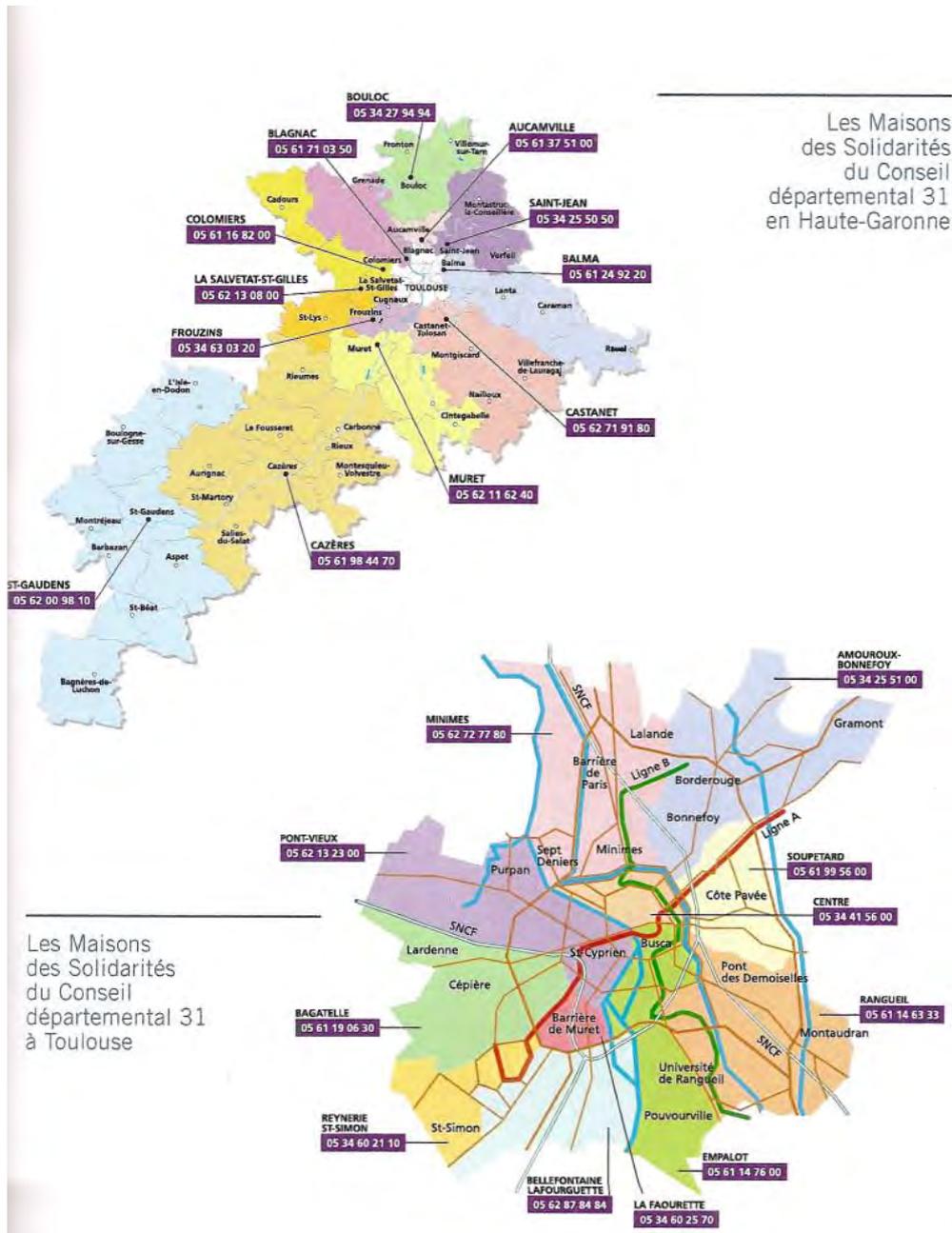


Figure 4 : carte des PMI toulousaines.
(Source : « La santé de la mère et de l'enfant », Haute-Garonne 2015)

Nous noterons que pour cette étude sur les actions de prévention et de dépistage, nous avons choisi les 5 centres suivants : Bagatelle / Basso-Cambo / Empalot / Centre / Borderouge.

Pour notre travail, nous avons ciblé les services de PMI en réseau d'éducation prioritaire car ils concernent des populations à risque et rencontrant des difficultés sociales importantes. De plus, elles n'ont pas souvent accès aux messages de prévention, et notamment aux informations concernant la santé bucco-dentaire.

2.1. Les réseaux d'éducation prioritaire

La politique d'éducation prioritaire a débuté avec la création de zones d'éducation prioritaire (ZEP) en 1981. C'est en 1999 que le réseau d'éducation prioritaire (REP) est créé suite à une redéfinition de la carte d'éducation prioritaire.

Chaque REP est constitué d'un collège et des écoles rattachées à son secteur. On distingue deux types de réseaux : les réseaux d'éducatons prioritaires renforcés (REP +) pour les quartiers ayant les plus grandes concentrations de difficultés sociales et les REP pour lesquels les difficultés sociales plus importantes qu'hors zone d'éducation prioritaire. Ceux-ci sont plus mixtes socialement (8).

En 2018, l'éducation prioritaire englobe 1097 collèges et 363 d'entre eux sont en REP + (9).

Sur l'académie de Toulouse, on compte 15 collèges en REP et 5 collèges en REP + (8).

2.2. Fonctionnement des PMI toulousaines

Pour ces PMI, un double type de fonctionnement est disponible :

- Sans rendez-vous les mardi et jeudi matins de 9h à 13h
- Sur rendez-vous lors de certaines demi-journées (qui sont propres à chaque lieu de consultation).

Chaque PMI peut recevoir un nombre maximum différent de familles, une fois ce nombre atteint la PMI ferme ses portes pour la matinée.

Les cinq services que nous avons rencontrés ont le même fonctionnement. Les familles sont accueillies en salle d'attente (figure 5) où seront souvent présentes une ou plusieurs personnes membres d'une association d'animation pour jeunes enfants. Le but de ces associations est

d'animer la salle d'attente, pendant le déroulement des consultations, au travers de jeux, de lectures ou de musiques.



Figure 5 : salle d'attente de la PMI de Bagatelle.
(Source : P-A Bellan, 2019)

Les familles seront reçues dans l'ordre de leur arrivée. Dans une première salle de soin, s'effectuera le début de la consultation qui consiste à peser et relever les mensurations, la température et le pouls de l'enfant. La puéricultrice va ensuite se renseigner sur le sommeil et l'alimentation de l'enfant, puis mettra à jour le carnet de santé. Elle se charge de la prévention sociale et sanitaire de l'enfant (figure 6).



Figure 6 : bureau de la puéricultrice.
(Source : P-A Bellan, 2019)

Une fois ces premiers contrôles effectués, la famille retourne en salle d'attente. Le médecin de la PMI appellera ensuite celle-ci pour la visite.

Ce dernier a une mission de prévention, de protection, et de suivi médical de l'enfant. Lors de sa consultation, le médecin va reprendre les différents éléments mis en exergue avec la puéricultrice, essayer de déceler les éventuels problèmes que rencontrent les familles et d'y trouver des solutions. Son rôle consiste aussi à dépister certaines maladies, déficits ou retards pouvant être présents chez l'enfant, et à orienter les familles pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Lors des consultations, il pourra également pratiquer gratuitement les vaccinations pour la femme enceinte et les enfants de moins de 6 ans. La vaccination sera ensuite inscrite dans le carnet de santé de l'enfant (figure 7).



Figure 7 : bureau du médecin de PMI.
(Source : P-A Bellan, 2019)

II) La carie précoce de l'enfance

1. Données générales

L'AAPD (American Academy of pediatric Dentistry) définit la carie précoce de l'enfance ou ECC (Early childhood caries) par la présence d'une ou plusieurs dents cariées (lésion cavitaire ou non cavitaire), dent absente (due aux caries) ou surface de dent restaurée sur n'importe quelle dent de lait chez un enfant âgé de moins de 71 mois (< 6 ans) (10) (figures 8 et 9).



Figure 8 : cas n°1 de caries précoces de l'enfance.
(Source : photo du Docteur Noirrit-Esclassan)



Figure 9 : cas n°2 de caries précoces de l'enfance.
(Source : photo du Docteur Noirrit-Esclassan)

La carie précoce de l'enfance affecte toutes les surfaces de la dent. Les incisives maxillaires et les premières molaires sont généralement les plus touchées. En comparaison, les incisives mandibulaires sont moins affectées. Les facteurs de risques de la carie précoce de l'enfance sont l'alimentation, les bactéries et la vulnérabilité de l'hôte. Des facteurs additionnels, comme la présence de défauts d'émail et les habitudes alimentaires, contribuent aussi à l'initiation et à la progression de la carie précoce de l'enfance (11).

Dans la revue de Chen et al., 152 articles ont été évalués et 37 études ont été incluses. Ces publications décrivent la situation dentaire chez les enfants de 5 ans dans 16 pays issus de 6 continents. La médiane de la prévalence de la carie était de 62.7%. Environ deux tiers des études rapportent une prévalence de la carie supérieure à 50% (26/37). La prévalence de caries varie de 22.5% en Inde jusqu'à 90% en Indonésie.

En Asie, 17 études sur 20 constatent que plus de la moitié des enfants ont déjà eu une lésion carieuse. On retrouve des résultats similaires en Amérique du Sud, dans toutes les études en Afrique et au Moyen-Orient avec une prévalence de carie précoce de l'enfance qui est supérieure à 50%. En contraste, la quasi-totalité des études européennes montrent une prévalence de carie précoce de l'enfance plus basse en comparaison avec les autres continents (33%). Cependant, la majorité des études épidémiologiques montrent que la lésion carieuse reste prévalente chez les enfants en école maternelle dans le monde entier.

En France, peu d'études épidémiologiques sont disponibles sur la prévalence de la carie précoce de l'enfance. Lors de son analyse en 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) n'avait pas de données relatives à la prévalence de la carie chez les enfants de moins de 3 ans. On enregistre en revanche qu'entre 20 et 30% des enfants de 4 à 5 ans possèdent au moins une carie non soignée (12).

2. Données hospitalières chez les enfants de moins de 6 ans

Nous nous sommes ensuite intéressés aux quelques données hospitalières que nous avons à disposition. Tout d'abord, en 2004, une étude a été réalisée au CHU Nord de Marseille dans le but de faire un bilan sur l'état bucco-dentaire des enfants ayant été opérés sous anesthésie générale. L'âge moyen d'un enfant opéré sous anesthésie générale est de 5,8 ans avec un minimum de 2,6 ans (13).

En moyenne, 11 actes sont réalisés au cours de l'intervention par enfant (ce qui est équivalent à plus de la moitié des dents pour un enfant de moins de 6 ans). Sur ces 11 actes, 4 sont des extractions et 7 sont des soins (13).

Nous avons essayé de comparer ces données avec celles que nous avons au CHU de Toulouse. Nos données sont issues de l'activité du service d'odontologie pédiatrique et non pas seulement des interventions sous anesthésie générale (Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées).

En 2018, 2563 dents temporaires ont été extraites chez les moins de 13 ans (tableau 1), 1629 dents temporaires (63%) chez les moins de 6 ans (tableau 2) et 422 dents temporaires (16%) chez les moins de 3 ans (Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées). De 2015 à 2017, ce nombre montre une augmentation constante mais une diminution en 2018.

Année	Nombre de dents extraites
2015	2394
2016	2558 (+ 6.4% par rapport à 2015)
2017	2779 (+ 8.6% par rapport à 2016)
2018	2563 (- 7.8% par rapport à 2017)

Tableau 1 : avulsion de dents temporaires pour enfants ≤ 13 ans au service d'odontologie pédiatrique
(Source : Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées)

Année	Nombre de dents extraites
2015	1562
2016	1657 (+ 5.8% par rapport à 2015)
2017	1764 (+12.9% par rapport à 2016)
2018	1629 (- 7.7% par rapport à 2017)

Tableau 2 : avulsion de dents temporaires pour patients ≤ 6 ans au service d'odontologie pédiatrique
(Source : Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées)

De plus, 4599 dents ont été soignées chez les moins de 13 ans (tableau 3). 3685 de ces dents soignées concernent des enfants de moins de 6 ans et de moins de 3 ans (respectivement 3002 et 683) (tableaux 4 et 5).

Année	Nombre de dents
2015	4791
2016	4904 (+ 2.3% par rapport à 2015)
2017	5048 (+ 2.1% par rapport à 2016)
2018	4599 (- 8.8% par rapport à 2017)

Tableau 3 : nombre de dents reconstituées par technique directe CVI, amalgame ou composite chez des patients ≤ 13 ans au service d'odontologie pédiatrique.
(Source : Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées)

Année	Nombre de dents
2015	3200
2016	3258 (+1.8% par rapport à 2015)
2017	3300 (+1.3% par rapport à 2016)
2018	3002 (-9.1% par rapport à 2017)

Tableau 4 : nombre de dents reconstituées par technique directe CVI, amalgame ou composite chez des patients ≤ 6 ans au service d'odontologie pédiatrique.
(Source : Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées)

Année	Nombre de dents
2015	748
2016	701 (- 6.3% par rapport à 2015)
2017	822 (+14.8% par rapport à 2016)
2018	683 (- 16.9% par rapport à 2017)

Tableau 5 : nombre de dents reconstituées par technique directe CVI, amalgame ou composite chez des patients ≤ 3 ans au service d'odontologie pédiatrique.
(Source : Pr Vaysse, CHU Toulouse, données personnelles non publiées)

Nous remarquons donc que la proportion de dents ayant reçu des soins chez les enfants de moins de moins de 13 ans est représentée à 80% par des dents soignées chez les enfants de moins de 6 ans (14).

Ces chiffres mettent en évidence que, dans notre région, l'enfant de moins de 6 ans est une population très touchée par la maladie carieuse qui peut être responsable de lésions irréversibles avec de graves conséquences (retard de croissance, malnutrition...). Pour arriver à limiter ces effets, des actions de prévention ciblant cette population sont nécessaires.

Nous allons maintenant nous intéresser au lien qu'il peut exister entre le milieu social et la santé bucco-dentaire, et plus particulièrement la prévalence de la carie.

3. Impact du milieu social sur la santé bucco-dentaire

Ces 20 dernières années, on constate une amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants, la carie dentaire reste cependant une pathologie courante. Elle concerne tous les individus ayant des dents et sa prévalence varie entre populations, individus et même chez un individu au cours du temps.

Les conditions d'accès et les déterminants comportementaux de la carie (brossage des dents, utilisation du fluor, habitudes alimentaires, etc.), associés au recours aux soins, posent des interrogations sur l'égalité face à la santé.

En effet, dans les études, les résultats de prévalence de la carie sont toujours mis en lien avec différentes variables socio-économiques : niveau d'étude de la mère, zone géographique scolaire, niveau de revenu du foyer, catégorie professionnelle, etc. Ainsi, la situation socio-économique défavorisée était associée à des scores d'indices carieux plus élevés (12).

L'étude de Calvet et al., s'appuyant sur les résultats des enquêtes Handicap-Santé (INSEE) et santé en protection sociale (IRDES) et en mettant ces résultats en corrélation avec les données de la DRESS, montre aussi qu'il persiste des inégalités sociales concernant l'accès aux soins dentaires (15).

Sur 10 enfants de cadres âgés de 6 ans, 9 n'ont jamais eu de carie contre 7 enfants d'ouvriers en 2006. 8 enfants de cadres sur 10 ont déjà consulté un chirurgien-dentiste contre seulement 6 enfants d'ouvriers. Au cours de l'année passée, 30% des enfants âgés de 5 à 15 ans n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste (enquête Handicap-Santé de 2008).

Au cours des 12 derniers mois, ce sont 79% d'enfants dont la profession de la mère est cadre (âgés entre 5 et 15 ans) qui ont consulté un chirurgien-dentiste. Tandis que pour les enfants d'employées et les enfants d'ouvrières ces pourcentages sont respectivement de 69% et 60% (figure 10).

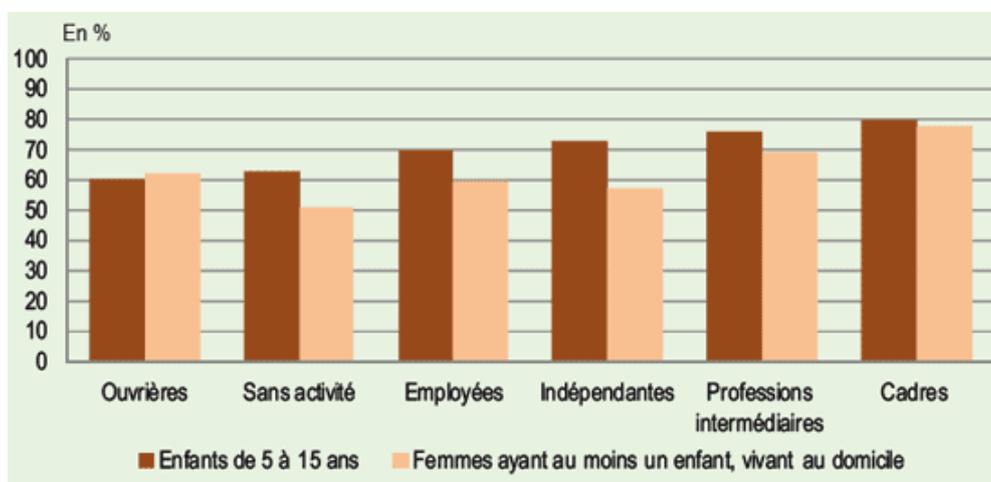


Figure 10 : recours au chirurgien-dentiste des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère comparé au recours des femmes ayant des enfants vivant à domicile en 2008

(Source : « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », Calvet et al., 2013)

Si on s'intéresse à la présence de carie à l'âge de 6 ans, on retrouve le même gradient social : 30% des enfants d'ouvrier ont déjà eu au moins une carie contre 8% des enfants de cadre (figure 11).

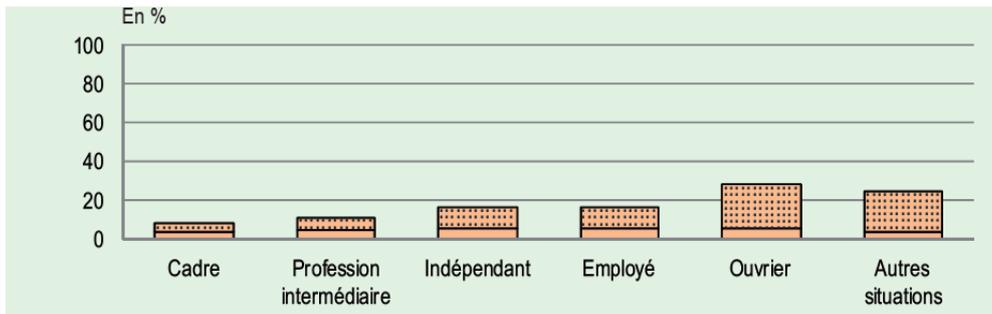


Figure 11 : part des enfants de grande section de maternelle ayant déjà eu une carie
 (Source : « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », Calvet et al., 2013)

De plus, au cours des 12 derniers mois, le taux d'enfant de cadres qui ont eu des dents traitées est de 17% alors que ce taux est de 39% chez les enfants d'ouvrières. Il y a aussi davantage de visites de contrôle pour les enfants de cadres que pour les enfants d'ouvrières (figure 12).

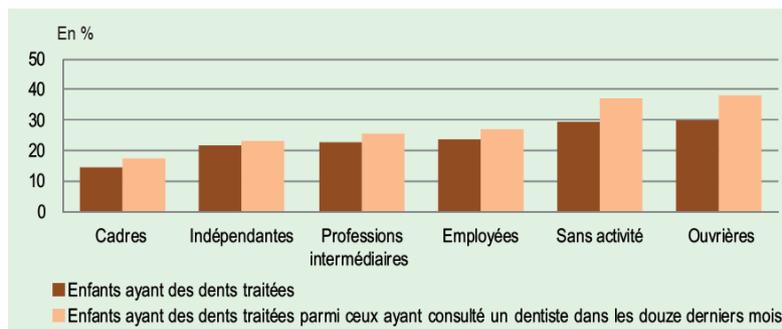


Figure 12 : part des enfants ayant eu des dents soignées (traitées ou remplacées), selon la profession de la mère
 (Source : « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge », Calvet et al., 2013)

Enfin, il persiste des inégalités sociales dans l'accès et le recours aux services de santé avec un renoncement aux soins pour raisons financières chez les plus démunis. En 2008, 15.4% de la population annonce avoir refusé des soins médicaux pour des raisons financières. Pour 10% de cette population, ce renoncement concerne les soins dentaires (16).

Suite à cet état des lieux, nous avons fait le choix de mener des actions de prévention dans des centres de PMI en réseau d'éducation prioritaire.

III) Actions de prévention bucco-dentaire en centres de PMI

1. Mes actions de prévention en salle d'attente de PMI

Nous avons mené dix actions de prévention dans les centres de PMI de Bagatelle, Basso-Cambo, Empalot, Centre et Borderouge ; en effectuant 2 visites par PMI. Lors de chaque visite, nous nous rendions dans un service de PMI pour la matinée avec le Docteur Marie-Cécile Valéra et un(e) étudiant(e) de 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} année.

Le déroulement des séances était le suivant :

a/ Présentation de nos actions aux acteurs de la petite enfance présents

Nous avons débuté chacune de nos visites par une présentation de nos actions aux membres des associations présentes en salle d'attente et aux personnels de la PMI. Deux étudiants en chirurgie dentaire venaient faire de la prévention sur l'hygiène bucco-dentaire en salle d'attente et en présence du Docteur Valera en consultation.

b/ Action de prévention en salle d'attente

Pour chaque visite en PMI, nous avons choisi de discuter avec une ou deux familles maximum par consultation, afin que l'échange reste facilité et que les familles puissent se confier plus facilement.

Nous avions comme matériel à notre disposition des modèles Frasacos (figure 13) et des brosses à dents pour procéder à des initiations à l'hygiène, des posters et coloriages pour l'éveil des plus petits, des jeux pour reconnaître les différents aliments...

A la fin de chaque discussion, nous remettions à la famille un livret d'information avec les recommandations essentielles sur l'hygiène bucco-dentaire et les habitudes à mettre en place pour le brossage (annexe 1). Ce livret a été créé spécialement pour cette campagne de prévention et traduit en plusieurs langues (arabe et russe). Enfin, nous avions des échantillons de dentifrice pour les enfants que nous donnions aux familles.

c/ Dépistage bucco-dentaire

En parallèle de nos échanges avec les familles en salle d'attente, le Docteur Valera a participé aux consultations avec les puéricultrices et/ou les médecins de PMI. L'examen bucco-dentaire était réalisé au moment de la pesée. Les conseils donnés en salle d'attente étaient ensuite

répétés si nécessaire et une discussion pouvait s'engager avec la puéricultrice concernant notamment les difficultés financières ou de logement entraînant des problèmes d'hygiène. Si des caries ou un muguet étaient identifiés, le médecin de PMI était informé, une ordonnance rédigée, ou il y avait une proposition de rendez-vous dentaire.

1.1. Visites à la PMI de Bagatelle (Jeudis 13 décembre 2018 et 10 janvier 2019)

Association présente : « Les Zoiseaux livres ». Le but de cette association est de transmettre le goût de la lecture aux enfants et aux parents, de façon ludique, en lisant à haute voix différents types de livre.

❖ Cas 1 : « Ma fille a 8 mois et ses premières dents ne sont pas apparues. »

Nous avons pu discuter avec une maman qui était inquiète quant à la non-éruption des dents de sa fille à l'âge de 8 mois. Nous l'avons rassurée sur le fait que ce phénomène pouvait arriver tardivement. En cas de retard plus important, nous avons proposé de réaliser un examen radiologique. J'ai remarqué que cette maman était très attentive aux informations que nous lui donnions.

❖ Cas 2 : Mohammed, 13 ans, traducteur pour sa famille.

La maman suivante est venue avec son fils, Mohammed, et sa fille, âgée de quelques mois seulement. Notre échange avec la maman a été très limité. Nous lui avons remis un livret d'information en arabe (annexe 1) pour qu'elle puisse avoir les informations essentielles. Nous avons alors compris que son fils Mohammed était essentiellement présent dans le but de traduire à sa maman.

L'échange avec Mohammed fut plus constructif car nous avons pu discuter de ses habitudes en matière d'hygiène orale. Nous avons donc revu, quand et comment il fallait se brosser les dents. Il nous a expliqué qu'il le faisait tous les soirs mais que le matin, ce n'était pas systématique.

Nous avons ensuite proposé à Mohammed de participer à un jeu, durant lequel il devait identifier des aliments. Mohammed devait alors nous dire s'il pensait que l'aliment était « bon ou non pour les dents ». Il reconnaissait beaucoup d'aliments et savait dire en majorité lesquels étaient bons ou mauvais. Nous avons malheureusement remarqué qu'il ne mangeait

que des aliments très sucrés. Il peinera d'ailleurs à reconnaître de nombreux légumes, jusqu'à nous dire « toute façon, tout ce qui est vert, j'aime pas ! ».

❖ Cas 3 : une jeune maman de 18 ans en situation de précarité

La maman suivante, âgée de 18 ans, venait pour sa fille de 1 mois. La maman n'étant pas très à l'aise avec le français et assez réservée, la discussion fut assez courte. Elle était accompagnée de son frère.

J'ai également pu assister à la consultation avec la puéricultrice. Celle-ci a commencé par poser quelques questions d'ordre général puis s'est ensuite renseignée sur l'allaitement, l'alimentation et le sommeil. Elle a enfin mesuré et pesé le nourrisson. La maman était dans une situation de précarité importante et venait notamment chercher, si possible, des couches pour son enfant. Notre discours sur la santé bucco-dentaire est perçu dans ce cas-là comme très secondaire. Enfin, la puéricultrice a mis en garde la jeune maman sur la façon dont elle portait le nourrisson (absence de soutien au niveau de la tête).

Comme me le signalait la puéricultrice, la présence de jeunes mamans en PMI est récurrente et on remarque très souvent l'absence du « sentiment maternel ». Elles ne voient que « l'aspect ludique » de l'enfant.

❖ Cas 4 : une famille serbe

De retour dans la salle d'attente, j'ai tenté de discuter avec la famille suivante mais ils étaient d'origine serbe et ne parlaient pas français. Malgré nos tentatives, la discussion fut malheureusement impossible.

❖ Cas 5 : deux mamans à la recherche d'informations pour leurs enfants de 5 mois et 2 ans

Nous avons continué nos consultations avec 2 mamans, d'origines africaines, l'une venue avec son petit garçon âgé de 2 ans et l'autre avec son bébé de 5 mois. Nous leur avons expliqué l'importance de leur brosser les dents ou de les nettoyer avec une compresse humide avant le coucher, si l'enfant est encore trop petit pour utiliser une brosse à dents.

Une des mamans souhaitait avoir des renseignements quant à l'apparition des premières dents et savoir comment éviter les douleurs dentaires pour son enfant lors de leurs éruptions. Nous lui avons conseillé d'acheter des anneaux en plastiques, à mettre au réfrigérateur, pour

soulager les douleurs. Nous leurs avons également remis le petit livret (annexe 1), des échantillons de dentifrice et des conseils sur les différents dentifrices pour enfants (entre 0 et 6 ans).

❖ Cas 6 : les deux dernières familles

Nous avons ensuite terminé notre visite en discutant avec 2 mamans qui venaient pour une consultation pour leurs bébés, âgés respectivement de 8 mois et de 2 ans.

La première maman était très sensible à nos informations. Ce n'était pas son premier enfant et elle mettait déjà nos conseils en application.

En revanche, la maman du petit garçon de 2 ans, qui préférait jouer plutôt que de nous écouter, était beaucoup moins réceptive. Nous avons essayé de lui expliquer l'hygiène pour son enfant mais elle a fini par nous dire : « tout ça c'est des bêtises mon grand de 8 ans n'a jamais eu de carie alors qu'il ne se brosse pas bien les dents, le petit en a déjà et je n'ai rien changé ». Nous avons tenté de lui expliquer que chaque enfant était différent, en vain.

Lors de notre seconde matinée à la PMI de Bagatelle, nous avons revu quelques familles déjà rencontrées lors de notre première intervention, ce qui a écourté en partie notre visite du jour.

Nous avons notamment revu la maman qui s'inquiétait du retard de poussée des dents de sa fille. Elle est revenue vers nous, rassurée, pour nous montrer les 2 petites incisives qui étaient apparues entre temps.

Suite à ces deux visites, nous avons pu mettre en exergue certains éléments réduisant fortement l'impact de nos actions :

- Une forte difficulté de faire de la prévention auprès des tout-petits (jeux de la PMI plus attractifs que nos coloriages ou posters sur l'hygiène par exemple), associée à une absence de responsabilisation de la part des parents.
- La barrière de la langue qui constitue un obstacle majeur à la prévention. Avec certaines familles, il nous a été totalement impossible de communiquer.
- La population est très cosmopolite. Il n'est pas facile de s'adapter à chaque culture et de proposer à chaque fois des solutions en adéquation avec les habitudes des familles.
- L'absence quasi-systématique des papas.

1.2. Visites à la PMI de Basso-Cambo (Jeudis 17 et 31 janvier)

Association présente : « Enfance toute culture ». Cette association réalise des interventions de socialisation et de prévention dans les lieux d'éveil. Deux animateurs étaient présents à la PMI ce jour-là. A eux, s'associait Danièle, une autre intervenante, qui, accompagnée de sa guitare, jouait des comptines pour les enfants (figure 12).

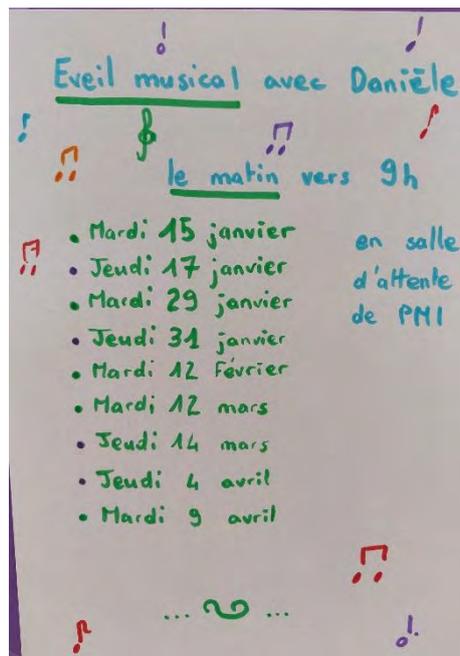


Figure 12 : planning éveil musical.
(Source : P-A Bellan, 2019)

❖ Cas 1 : démonstration du brossage à l'aide du Frasaco

Nous avons rencontré 3 mamans avec leurs bébés et un petit garçon de 5 ans. Nous leur avons expliqué les recommandations, en insistant plus particulièrement sur le brossage, l'alimentation et les réflexes à avoir dès le plus jeune âge de l'enfant.

Nous nous sommes ensuite concentrés sur le petit garçon de 5 ans qui semblait curieux des images qui figuraient sur nos posters. Nous lui avons donc expliqué ce qu'était une carie à l'aide de dessins, puis nous avons fait une démonstration de l'hygiène dentaire avec un modèle Frasaco et une brosse à dents (figure 13).

A l'examen avec le Docteur Valéra, des caries ont été dépistées. Le jeune garçon sera donc orienté vers le service d'odontologie pédiatrique de Ranguenil, le mercredi après-midi, pour être pris en charge.



Figure 13 : modèles Frasaco et brosses à dent.
(Source : P-A Bellan, 2019)

❖ Cas 2 : un papa venu en consultation avec son fils de 4 ans

Le papa n'était malheureusement pas très bavard et ne comprenait pas bien le français. Nous lui avons remis notre livret et avons essayé de sensibiliser son petit garçon ; sans succès il ne s'exprimait qu'en arabe.

❖ Cas 3 : une famille russe

La famille suivante était russe et ne comprenait pas l'anglais. De ce fait, je n'ai pu échanger ni avec les parents ni avec les enfants. Je leur ai cependant remis le petit livret traduit en russe, ce qui a ravi le papa, qui m'a remercié.

❖ Cas 4 : conseils auprès de plusieurs mamans

Il y avait ensuite 3 mamans avec qui nous avons discuté de leurs habitudes alimentaires et de l'hygiène dentaire. Les 2 bébés étant sans dent, nous avons abordé l'éruption dentaire et les moyens disponibles pour limiter la douleur.

Pour la 3^{ème} maman et son petit garçon de 2 ans, nous avons expliqué qu'il fallait commencer à brosser les dents dès que celles-ci étaient présentes sur l'arcade. Nous avons également indiqué à la maman quelques conseils ludiques pour l'aider à appliquer nos méthodes car elle trouvait la tâche délicate à cet âge-là :

- Utilisation d'un sablier pour bien brosser pendant 2 minutes
- Utilisation d'une application ludique sur smartphone

- Utilisation d'une brosse à dent électrique pour enfant

Nos interventions à Basso-Cambo furent plus courtes que celles à la PMI de Bagatelle.

Suite à ces consultations, nous avons pu également lister différents éléments notables sur cette PMI :

- La présence en salle de 5 intervenants, dont une chanteuse, rendait notre action peu efficace ; il était difficile d'attirer l'attention d'un jeune public à côté de jeux ou de comptines.
- Sur les 2 visites effectuées, peu de familles étaient présentes.

1.3. Visites à la PMI d'Empalot (Jeudis 7 et 14 février)

Deux rencontres furent réalisées à Empalot mais je n'ai pu être présent qu'à une seule.

Association présente : une animatrice de l'association nationale d'animation des crèches parentales. Cette association est aussi mandatée en PMI. Son action est orientée autour du jeu et de la méditation.

Nous avons rencontré 4 familles réparties sur 3 consultations lors de cette visite.

❖ Cas 1 : une enfant de 4 ans en surpoids

Tout d'abord, une maman venait avec son nourrisson et sa fille de 4 ans, en léger surpoids. Nous avons procédé à notre discours habituel de prévention auprès de la maman, en insistant sur l'importance du brossage malgré le jeune âge de sa fille. Nous nous sommes intéressés ensuite à cette dernière, à qui nous avons montré notre modèle Frasaco et nos posters ; nous avons tenté de lui faire découvrir les premiers éléments importants de la carie et du brossage.

Cependant, quelques minutes après notre consultation, la maman donna un yaourt à sa fille qui ne l'avait pas réclamé et alors que nous étions en plein milieu de la matinée. Notre discours sur l'alimentation n'aura pas eu l'effet désiré, il faudra davantage insister lors de la visite avec le médecin et le Docteur Valéra.

❖ Cas 2 : une famille déjà prise en charge

La maman suivante vient pour son bébé âgé de quelques mois. Lorsque nous lui avons expliqué les raisons de notre présence, elle nous a montré un carton de rendez-vous du centre de soin de Raugeil. Elle m'a expliqué que les 2 ainés sont suivis en orthodontie et qu'elle essaie de mettre en application tout ce qu'on lui a déjà expliqué dans le service.

❖ Cas n°3 : une communication délicate

La famille suivante, pour laquelle le papa était présent, est d'origine roumaine. La maman ne comprenant pas le français, le papa, qui le parlait un peu, traduisait donc à sa compagne. J'ai essayé de lui expliquer les conseils principaux et lui ai remis le petit livret.

❖ Cas n°4 : initiation du brossage chez deux nourrissons

Deux mamans étaient présentes avec des nourrissons âgés de 5 et 12 mois. Nous avons bien insisté sur le brossage et/ou le nettoyage à la compresse, important dès l'arrivée des premières dents, à cet âge-là.

Suite à cette unique visite à Empalot, deux éléments principaux peuvent être mis en évidence :

- La population est très cosmopolite dans ce centre et est constituée de familles ayant des cultures très différentes. Cela nécessite des approches différentes à chaque consultation.
- La barrière de la langue est omniprésente.

1.4. Visites à la PMI du Centre (Jeudis 21 et 28 février)

Après la découverte de la PMI d'Empalot, nous nous rendons à la PMI du Centre pour 2 sessions. Il n'y aura pas d'association présente durant ces 2 visites.

❖ Cas 1 : demande de vaccination

Une maman se présente, paniquée, pour faire vacciner sa fille. Elle ne parle qu'un peu l'anglais et nous montre une photo de morsure sur la joue de sa fille ayant eu lieu quelques jours plus tôt. Elle est inquiète par rapport à cet accident ; c'est un petit garçon résidant dans le même hôtel venant lui aussi à la PMI ce jour-là qui l'avait mordue. Elle sera prise en charge par le médecin, qui réalisera, entre autres, les vaccinations.

❖ Cas 2 : l'arrêt de la sucette

Nous aborderons le sujet de la « sucette » avec une maman et les difficultés qu'elle rencontre pour changer les habitudes de sa fille. Nous lui expliquerons tous les effets néfastes (repousser les dents, empêcher les deux arcades de se positionner correctement l'une par rapport à l'autre, déformations, etc...) de la sucette à partir d'un certain âge.

❖ Cas 3 : communication en anglais

Nous rencontrons en suivant un papa et son fils qui parlent anglais couramment. Ils ont déjà de nombreuses connaissances concernant l'hygiène bucco-dentaire. Nous avons donc fait quelques rappels essentiels sur les méthodes de brossage.

❖ Cas 4 : un petit garçon qui fait 8 repas par jour

Nous rencontrons enfin une famille avec un enfant polycarié. Nous essayons de discuter avec eux et d'expliquer le brossage et les habitudes à avoir. Nous apprendrons après la visite avec la puéricultrice et le Docteur Valéra que ce petit garçon fait 8 repas par jour.

Suite à ces deux visites, nous avons pu mettre en exergue des éléments propres à la PMI du centre et qui rendaient nos interventions plus compliquées :

- Lors de notre rencontre avec la puéricultrice, elle nous a informés que le fonctionnement et la population de cette PMI sont différents de celles visitées auparavant. En effet, les personnes venant aux consultations sont souvent des personnes sans logement fixe, des familles sans papier, qui se déplacent d'hôtel en hôtel. Elles sont le plus souvent dans une situation de grande précarité et notre discours de prévention bucco-dentaire passe souvent au second plan, ce n'est malheureusement pas leur priorité. Ces familles étant souvent en transit, il y a donc très peu de suivi.
- Nous avons remarqué que les consultations se faisaient majoritairement en famille. Le papa, plus présent, est mieux impliqué dans l'éducation des enfants.
- La barrière de la langue est toujours très forte : la plupart des personnes présentes ne parlaient pas français, certaines comprennent et formulent un peu l'anglais mais ce fut très compliqué en termes de communication. Dans ces cas-là, nos messages sont très difficiles à transmettre.

1.5. Visites à la PMI de Borderouge (Jeudis 7 et 14 mars)

❖ Cas 1 : un papa et sa famille

Nous avons rencontré un papa d'origine roumaine, il est ouvrier sur des chantiers et il parle un peu français. Il était venu accompagner sa femme qui, elle, ne le parle pas, pour une consultation de leur nourrisson de 2 mois. Leur fille de 4 ans était aussi présente.

Il m'a expliqué qu'il était compliqué pour lui de tout gérer, que sa femme s'occupait plutôt des enfants. J'apprends également que la grand-mère garde souvent leur ainée et lui donne beaucoup de sucreries.

J'ai essayé d'expliquer et de montrer comment se brosser les dents à sa fille mais du fait de son âge et des difficultés de compréhension, cela a été délicat. J'ai aussi insisté sur la nécessité de stopper les aliments sucrés.

❖ Cas 2 : apprentissage à un petit garçon de 3 ans

Nous avons pu discuter avec une maman et son petit de garçon de 3 ans à qui nous avons montré et expliqué le brossage des dents. Il était plutôt attentif, et a su refaire les mouvements montrés sur le modèle.

Pendant ces 2 visites à la PMI de Borderouge nous avons vu de nombreux cas semblables à ceux décrits précédemment. Cependant 2 nouveaux points peuvent être soulignés :

- Avec la famille de ce papa venue de Roumanie, nous nous trouvons confrontés de nouveau à la barrière de la langue. Le père est en quête de travail, il parle un peu la langue contrairement au reste de la famille. La gestion de la famille de manière générale semble compliquée et nous pouvons nous poser la question de la place de notre discours sur la santé bucco-dentaire dans cette situation.
- La politique de l'enfant « roi » : nous nous sommes retrouvés plusieurs fois confrontés à ce phénomène. Les parents sont démunis, ils n'arrivent pas à obtenir l'accord de leur enfant et se retrouvent en permanence à gérer des crises. Dans notre cas, le sujet de discorde classique est le brossage des dents (l'enfant refuse de le faire et les parents n'insistent pas, sous peine de pleurs et de cris).

2. Formation professionnelle médicale à destination des personnels médicaux et paramédicaux des PMI de Toulouse

2.1. La formation et ses objectifs

Un des objectifs de notre action était également d'informer tout le personnel médical et paramédical des PMI concernant les mesures d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire chez l'enfant de moins de 6 ans.

Nous avons donc réalisé, en décembre 2018, deux réunions de deux heures avec, au total, 140 personnes. Nous leur avons présenté un diaporama (annexe 2) dans lequel nous avons évoqué les points les plus importants de la prévention et du dépistage bucco-dentaire.

En début de chaque réunion, un rappel a été fait sur le lien entre la présence de carie et le niveau socio-économique. Nous avons ensuite présenté des photographies de petits patients polycariés, puis présentant une parulie, une cellulite génienne et même un abcès du cerveau d'origine dentaire. Cela a permis de bien sensibiliser le personnel au dépistage précoce de la carie dentaire.

En suivant, nous avons exposé ensuite les statistiques du CHU sur le nombre de dents avulsées chez les enfants de moins de 13 ans et de moins de 6 ans. Ces dernières mettent en évidence le grand nombre de dents extraites à ces âges-là et nous ont permis de développer un exemple de réhabilitation prothétique chez l'enfant lorsque l'on doit remplacer des dents de lait manquantes.

De plus, nous avons détaillé notre programme de prévention avec les lieux d'intervention et la façon dont nous allions procéder : la mise en place de jeux et la distribution d'un livret aux familles en salle d'attente, ainsi que la présence du Docteur Valera lors des consultations avec la puéricultrice et/ou avec le médecin.

Finalement, nous avons exposé les différents messages de prévention qu'il faut transmettre aux enfants et à leur famille :

a) L'hygiène bucco-dentaire

- Avant l'éruption dentaire, nettoyer les muqueuses avec une compresse, un linge ou même le doigt,
- Utiliser du dentifrice dès que l'enfant est âgé de 2 ans,
- Brosser en utilisant une brosse à dent souple, lorsque c'est possible,
- Adapter la quantité en fonction de l'âge,
- Brosser les dents « du rouge vers le blanc », c'est-à-dire de la gencive vers la dent.

b) L'hygiène alimentaire

- Eviter l'endormissement au sein,
- Pas de grignotage, afin d'éviter un niveau d'acidité constant favorable à l'apparition de caries : 3 repas et 1 collation,
- Préférer des associations plutôt que de manger du sucre isolément : le pain avec du beurre, le pain avec le chocolat, un fruit pour accompagner le fromage...
- Renseigner les mamans sur l'allaitement : celui-ci peut être nocif et il faut savoir l'arrêter à temps (lait maternisé correspond à 16 morceaux de sucre/litre alors que le lait de vache correspond à 8 morceaux de sucre /litre).

c) Conseils pendant la grossesse et à la naissance

- Consulter un dentiste au 5^{ème} mois de grossesse,
- Penser à nettoyer les muqueuses après la prise de lait,
- Se procurer des anneaux en plastique à mettre au réfrigérateur pour soulager les douleurs lors de la poussée dentaire,
- Dialoguer avec les parents concernant les effets néfastes de la sucette.

d) Les traumatismes

- Une dent de lait expulsée ne doit pas être replacée dans l'alvéole,
- Si une dent de lait est fracturée : il faut adresser le patient pour extraction de la dent ou sa reconstitution,
- Si une dent de lait est intrusée : il faudra attendre la rééruption de celle-ci.

2.2. Questions et orientation post-formation

Après cette présentation, un large temps a été laissé aux questions, notamment concernant les douleurs dentaires lors des éruptions, l'allaitement maternel et le port de sucette.

Il nous a également été rapporté beaucoup de difficultés pour adresser des patients vers notre service lorsque des caries sont diagnostiquées. Nous avons donc créé, puis transmis à tous les centres de PMI, un document pour orienter vers l'un des centres dentaires les enfants qui présenteraient des pathologies bucco-dentaires (annexe 3) :

- ✓ Pour les enfants de moins de 3 ans, handicapés ou hospitalisés, les enfants seront dirigés vers l'hôpital des enfants.
- ✓ Pour les enfants de plus de 3 ans, une orientation vers la faculté de chirurgie dentaire de Ranguel ou vers l'hôtel Dieu en centre-ville est conseillée.

Discussion

A l'issue de ces interventions, nous allons revenir sur les problèmes auxquels nous avons été confrontés durant ces matinées d'intervention.

Initialement, notre action avait pour but de sensibiliser les enfants de moins de 6 ans aux habitudes d'hygiène bucco-dentaire au travers de jeux, de démonstrations à l'aide de modèles et de dessins. Cependant, les enfants que nous avons rencontrés en PMI étaient pour la grande majorité des bébés et des nourrissons. De ce fait, notre matériel et nos méthodes n'étaient pas adaptés à ce public et notre discours s'est donc directement adressé aux parents.

A cette première problématique s'ajoute la présence en PMI d'associations proposant d'autres jeux et animations. Ces derniers attirant plus l'attention de ces jeunes enfants que nos modèles dentaires et nos dessins, nous avons adapté nos méthodes en interagissant davantage avec les membres de ces associations (par exemple, en participant aux chants). Nous avons également proposé un discours plus axé vers les parents, et notamment vers les mamans via la distribution du livret d'information (annexe 1).

Nous avons, très tôt, remarqué une absence quasi-systématique des papas lors de ces rencontres. On peut alors supposer que ce sont les mamans qui s'occupent principalement des enfants ou que les papas ne se libèrent pas pour assister aux rendez-vous en PMI. Notre discours reste donc unilatéral, n'atteignant pas l'ensemble de la famille et n'ayant donc pas d'impact sur le discours bucco-dentaire du père à la maison. Une sensibilisation à la présence de ce dernier auprès des familles présentes à nos actions nous paraît essentielle.

La barrière de la langue reste l'élément le plus compromettant dans l'efficacité de nos interventions. Dans la majorité des PMI, nous nous sommes souvent retrouvés confrontés à des populations ne comprenant pas ou peu le français ce qui rendait la communication délicate, voire inexistante dans certains cas. Nous avons rencontré diverses langues : anglais, arabe, russe, roumain et albanais. Aussi, nous avons mis, à disposition des familles qui le désiraient, une version en arabe et en russe de notre livret d'information (annexe 1) pour essayer de palier au mieux à ce problème. La population rencontrée était cosmopolite avec des cultures très différentes les unes des autres et des habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire qui variaient beaucoup d'une famille à l'autre. Il n'était pas facile d'adapter nos conseils à cette grande variété de cultures. La traduction de notre livret dans

toutes les langues rencontrées ainsi que la présence de traducteurs pour faciliter les échanges devraient être envisagées pour les rencontres futures.

Finalement, nous avons rencontré des personnes dans une grande situation de précarité (notamment à la PMI du Centre), souvent sans papier et sans logement fixe. Ces familles étaient majoritairement dans la crainte d'une reconduite à la frontière. Notre discours de prévention bucco-dentaire n'était donc pas la priorité et n'aura vraisemblablement aucun impact.

Conclusion

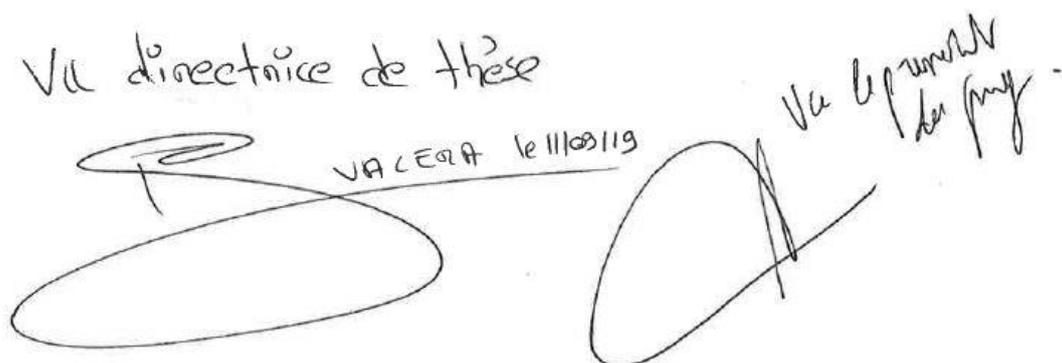
La prévalence de la carie précoce de l'enfance reste élevée dans la plupart des pays du monde. Pour avoir une meilleure vision de son évolution, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les études épidémiologiques devraient être reconduites tous les 5 ans.

Différentes stratégies de prévention ont été établies à travers le monde pour réduire cette pathologie. La Fédération Dentaire Internationale et l'Association Internationale de Recherche Dentaire ont commencé à préparer « Les objectifs globaux de santé bucco-dentaire » pour l'année 2020 (1). A l'échelle française, il apparaît évident que la prévention auprès des populations les plus défavorisées reste un élément essentiel pour limiter la prévalence de la carie chez les enfants de moins de 6 ans.

La réalisation des bilans bucco-dentaires par les PMI dans les écoles est malheureusement très limitée. C'est pour cela, qu'en parallèle de la campagne de prévention menée dans les PMI, le service d'odontologie pédiatrique du CHU de Toulouse a aussi mis en place en 2018 et 2019 un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire à destination de la totalité des élèves de maternelle et de CP des écoles du quartier Bellefontaine à Toulouse (réseau d'éducation prioritaire). Au total, une quinzaine d'actions de prévention au sein des 6 écoles (maternelles et primaires) de ce quartier ont été organisées par l'équipe d'odontologie pédiatrique, assistée d'étudiants en chirurgie-dentaire.

Dans les années à venir, on pourrait espérer que la profession d'hygiéniste (présente dans de nombreux pays voisins) fasse son apparition en France. Cette profession pourrait apporter de nombreux bénéfices pour la santé publique avec notamment une prise en charge des populations les plus vulnérables et une diminution des inégalités de soins en fonction de la classe sociale.

Vu directrice de thèse
VANCEA le 11/03/19
Vu le président
des jurés



Annexes

Annexe 1 : livret d'information

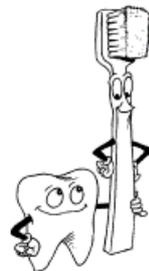
Quelles sont les causes de la carie?

- Le manque de nettoyage de la bouche,
- Manger ou boire beaucoup de sucre,
- Grignoter (gâteaux, chips...).

Comment éviter les caries?

- Lorsque vous avez donné du lait à votre enfant, nettoyez sa bouche (compresse, brosse à dent).
- Les microbes qui donnent la carie peuvent se transmettre : ne léchez pas la sucette de votre enfant ou sa cuillère. Dans la famille, chacun doit avoir sa brosse à dent.
- Limitez la quantité d'aliments sucrés et surtout leur fréquence.
- Evitez le grignotage.

Mes premières dents



Quand arrivent les 1eres dents de lait ?

Les 1eres dents de lait poussent entre 6 et 12 mois. Vos enfants peuvent présenter des rougeurs, de la fièvre et beaucoup saliver.

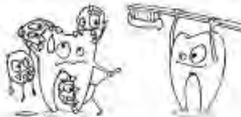
Comment nettoyer la bouche de bébé ?

Avec une compresse ou un tissu humide en essuyant doucement les gencives dès la naissance.

Avec une brosse à dent pour enfant dès l'apparition de sa 1ere dent, le matin et le soir, avant de se coucher.

Faut-il utiliser du dentifrice?

Dès la 1ere dent, vous pouvez mettre une trace de dentifrice sur la brosse à dent, puis l'équivalent d'un petit pois dès l'âge de 2 ans.



Le fluor est-il bon pour les dents?

Le dentifrice de votre enfant peut contenir du fluor et il renforce l'émail des dents. Il faut choisir un dentifrice adapté à l'âge.

Mon enfant a les dents marrons ou qui se cassent. Que se passe-t-il ?

Si les dents deviennent marrons ou noires, votre enfant a des caries.

S'il n'est pas soigné, il peut y avoir des douleurs, un gonflement et de la fièvre.



Vous pouvez consulter un dentiste dès les 1eres dents de votre enfant. Puis une fois par an.

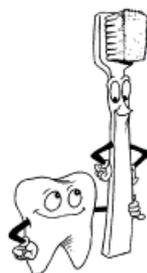
Какие бывают причины кариеса ?

- Недостаточное очищение полости рта
- Есть или пить много сахара,
- Лакомиться (пирожные, чипсы...).

Как предотвратить кариес?

- После того как вы дали молоко вашему ребенку, почистите ему рот (компресс, зубная щетка).
- Микробы, которые дают кариес, могут передаваться: не лизите соску или ложки вашего ребенка. Каждый член семьи должен иметь свою зубную щетку.
- Ограничьте количество сладких продуктов и особенно частоту их применения.
- Воздерживайтесь лакомиться.

Мои первые зубы



Когда появляются первые молочные зубы?

Первые молочные зубы растут от 6 до 12 месяцев. У ваших детей может быть покраснение, повышение температуры и сильное слюноотделение.

Как почистить ребенку рот?

С первых дней рождения ребенка с помощью компресса или влажной ткани аккуратно протирайте десна.

С появлением первого зуба-с зубной щеткой для детей, утром и вечером, перед сном.

Нужно-ли употребить зубную пасту?

С появлением первого зуба вы можете положить след зубной пасты на зубную щетку, а с 2 лет пасту с размером гороха.



Полезен-ли для зубов фтор?

Зубная паста вашего ребенка может содержать фтор, который укрепляет зубную эмаль. Вы должны выбрать зубную пасту соответствующую возрасту ребенка.

У моего ребенка каричневые или ломающиеся зубы. Что происходит?

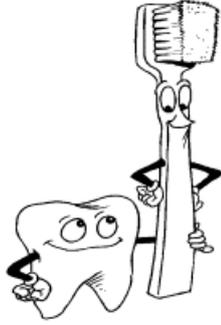
Если зубы становятся каричневыми или черными, у вашего ребенка кариес.

Если их не лечить, могут появиться боли, опухлость и температура.



Вы можете консультироваться с стоматологом с первых зубов вашего ребенка, затем раз в год.

أسنانى الأولى



ما هي أسباب تسوس الأسنان؟

- عدم تنظيف الفم
- تناول أو شرب الكثير من مواد التي تحتوي السكر
- تعدد وجبات خفيفة (الكعك ، ورقائق الشيبس...).

كيف تتجنب التسوس؟

- عندما تعطي الحليب لمطالك ، نظف فمه (كمادات ، فرشاة أسنان).
- يمكن أن تنتقل الميكروبات التي تعطي تسوس الأسنان: فلا تلعق مصاصة طفلك أو ملعقة و في العائلة ، يجب أن يكون لدى كل فرد فرشاة أسنانه.
- الحد من كمية الأطعمة الحلوة وخاصة ترددها.
- تجنب تعدد الوجبات الخفيفة

هل الفلورايد جيد للأسنان ؟

- قد يحتوي معجون أسنان طفلك على الفلورايد الذي يعزز مينا الأسنان. يجب عليك اختيار معجون أسنان مناسب لعمر طفلك

طفلي لديه أسنان بيضاء أو أسنان التي تتكسر. ماذا يجري ؟

- انا تحولت لون الأسنان إلى اللون البني أو الأسود ، فإن طفلك يعاني من تسوس الأسنان.
- انا تركته بدون العلاج ، قد يعاني من ألم وتورم وحسى.



يمكنك رؤية طبيب الأسنان من خلال منبهور أول أسنان طفلك ثم مرة في السنة

متى تصل أول أسنان الطفل؟

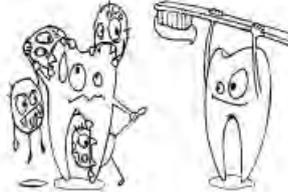
- تسو أسنان الطفل الأولى بين 6 و 12 شهرا. قد يعاني طفلك من الإحمرار والحصى والكثير من اللعاب.

كيف يتم تنظيف فم الطفل؟

- ابتداء من الولادة تسمح بلطف اللثة برفاد أو قطع قشائ سائلة.
- مع فرشاة أسنان للأطفال بمجرد ظهور الأسنان الأولى ، في الصباح والمساء ، قبل الذهاب إلى السرير

هل يجب علينا استخدام معجون الأسنان؟

- من السن الأول ، يمكنك وضع قليل (أثر) من معجون الأسنان على فرشاة الأسنان ، ثم ما يعادل حجم اليانيلاء ابتداء من عمر 2 سنوات



Annexe 2 : présentation Power Point

Prévention et dépistage bucco dentaire en PMI

Dr Valera Marie Cécile

Pourquoi de la prévention en PMI ?

Prévalence de la carie dentaire chez les enfants < 6 ans ⇒ Peu d'études épidémiologiques mais :

- ✓ Enfants scolarisés en ZEP ou en situation de précarité = indices carieux plus importants
- ✓ Lien entre la présence de carie et le faible niveau d'étude de la mère ou le bas niveau socio-économique de la famille

Stratégie de prévention de la carie dentaire, HAS 2010

La carie dentaire



Des enfants polycariés



Les parulies



Les cellulites géniennes



Jusqu'à l'abcès cérébral...

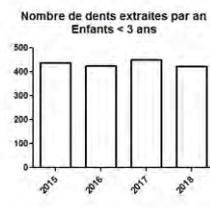
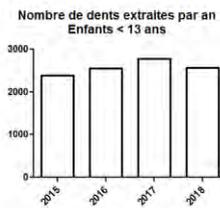


Abcès Fronto-Pariétal gauche (45x52 mm)
avec latéro déviation droite de la ligne médiane.

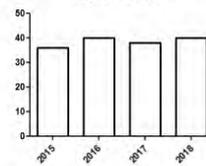
Dents causales : 64-65

Le service d'odontologie pédiatrique du CHU de Toulouse

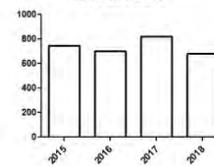
En quelques chiffres



Nombre d'extraction d'au moins 4 dents temporaires en une seule séance Enfants < 3 ans.



Nombre de dents soignées Enfants < 3 ans



Notre programme de prévention bucco-dentaire en PMI

- 5 PMI toulousaines et 10 séances
- un praticien hospitalier et deux étudiants en chirurgie dentaire.
- des informations de prévention sous formes de jeux dans les salles d'attente,
- des livrets éducatifs pour les parents et pour les enfants à rapporter à la maison,

13

Un feuillet pour les parents



14

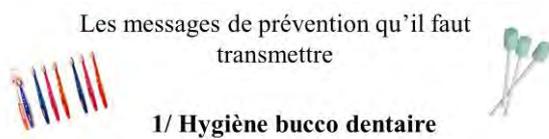


15

Notre programme de prévention bucco-dentaire en PMI

- des conseils de prévention avec la puéricultrice ou le médecin,
- orienter vers une structure de soins si nécessaire.

16



- ✓ Une brosse à dent, une compresse, un linge, un doigt
- ✓ Du dentifrice ... ou pas
- ✓ Brossage des dents du rouge vers le blanc



17



18

Les messages de prévention qu'il faut transmettre

2/ Hygiène alimentaire



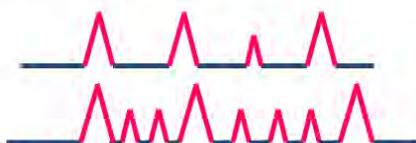
19



20

2/ Hygiène alimentaire

- Pas d'endormissement au sein à partir de 9 mois: 1ères dents et repas du soir
- pas de grignotage: 3 repas 1 collation



Les bactéries transforment les sucres en acides et l'acidité buccale augmente à chaque fois que l'on mange.

Préférer les associations pour ne pas manger des sucres isolément: pain+beurre, fruit+ fromage, pain+chocolat

Des conseils à donner pendant la grossesse et à la naissance

- ✓ Consultation chez un dentiste 5ème mois !
- ✓ Prise de lait: nettoyage des muqueuses
- ✓ La poussée dentaire
- ✓ La sucette



21

Où orienter ?

- Chez le dentiste traitant
- Si polycaries précoces (<4 ans), conseils d'hygiène buccale et alimentaire puis adresser au CHU.
- Négligence? Maltraitance ?



La carie dentaire mais aussi... les traumatismes



Dent expulsée = ne pas replacer



Dent fracturée = adresser pour avulsion ou reconstitution



Dent intrusée = attendre la rééruption
Dent luxée = repositionnement ou surveillance ou avulsion

24

Chirurgie-dentaire pédiatrique

- Hôpital des enfants : 05 34 55 86 58

Enfants de moins de 3 ans,

Enfants handicapés ou hospitalisés

Consultations sur rdv

Pas de rdv en urgence (sauf traumatologie des jeunes enfants)

- Faculté de chirurgie-dentaire : 05 61 32 20 30

3, chemin des maraichers 31400 TOULOUSE

Enfants de tout âge

Urgence enfant : 9h-12h et 14h-18h le mercredi

Consultations sur rdv : 9h-12h et 14h-18h le mercredi

- Hôtel-Dieu : 05 61 77 83 78

2, rue Viguerie 31059 TOULOUSE

Enfants de tout âge

Urgence enfant : 14h-18h le mercredi

Consultations sur rdv : 14h-18h le mercredi

Bibliographie

1. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2019;10(1):e12376.
2. Etude sur la protection maternelle et infantile en France Rapport de synthèse.pdf [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139.pdf>
3. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 28 juin 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=48D57D5AFE28DB59768A1FD0A0733D42.tplgfr21s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171124&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100531
4. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des solidarités et de la santé [Internet]. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
5. Code de la santé publique - Article L2112-2. Code de la santé publique.
6. Élise Amar et Françoise Borderies, 2015, « Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 », Études et Résultats, n°913, Drees, Avril. [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er913.pdf>
7. Basset C. Les avis du conseil économique, social et environnemental - La protection maternelle et infantile. oct 2014;58.
8. Éducation prioritaire - La politique de l'éducation prioritaire : les réseaux d'éducation prioritaire REP et REP + - Éduscol [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/cid52780/la-politique-de-l-education-prioritaire-les-reseaux-d-education-prioritaire-rep-et-rep.html>
9. L'éducation prioritaire - État des lieux [Internet]. p. 4. Disponible sur: https://cache.media.education.gouv.fr/file/2018/68/4/depp-ni-2018-18-02-l-education-prioritaire-etat-des-lieux_896684.pdf
10. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. oct 2016;38(6):52-4.
11. Alazmah A. Early Childhood Caries: A Review. *J Contemp Dent Pract*. 1 août 2017;18(8):732-7.
12. Stratégie de prévention de la carie dentaire HAS [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
13. Bandon D, Nivet S, Brun-Croese N, Prevost J, Nancy J, Foti B. Soins dentaires des enfants sous anesthésie générale. A propos de l'activité de l'unité d'odontologie pédiatrique de l'Hôpital Nord de Marseille. 1 ère partie :avantages et indications de l'anesthésie générale. 1 janv 2004;12.
14. VAYSSE F. Données du CHU de Toulouse - données personnelles non publiées. 2018.

15. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge, Etudes et Résultats. juill 2013;(847):6.
16. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Questions d'économie de la santé : Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. nov 2011;(170):6.

**TITRE : ACTIONS DE PREVENTION ET DEPISTAGE BUCCO-DENTAIRE EN
PMI DANS DES RESEAUX D'EDUCATION PRIORITAIRE**

RESUME :

De nos jours, la prévention est une notion fondamentale dans la profession de chirurgien-dentiste. L'hygiène bucco-dentaire et les habitudes alimentaires sont des paramètres essentiels dans la prévention des pathologies orales, et notamment dans la prévention de la carie précoce de l'enfance. Cette pathologie possède une prévalence très élevée et nécessite la mise en place de stratégies de prévention particulières.

Ce travail expose le programme d'éducation à la santé bucco-dentaire mis en place en 2018 et 2019 à destination des services de protection maternelle et infantile en réseaux d'éducation prioritaire.

**TITLE : PREVENTIVE ACTIONS AND ORAL SCREENING IN MATERNAL AND
CHILD HEALTH CARE SERVICES IN PRIORITY EDUCATION NETWORKS**

ABSTRACT :

Nowadays, preventive dentistry is a major concern for current dental surgeons. Good dental hygiene and sound dietary practices are essential in preventing oral diseases, notably early childhood caries (ECC). ECC is highly prevalent disease that requires specific preventive strategies.

This paper presents the educational program for oral health set up in 2018 and 2019, which targets maternal and child health care services in high priority education zones.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Prévention, Dépistage, Carie précoce de l'enfance, PMI

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

DIRECTRICE DE THESE : Docteur Marie-Cécile VALERA