UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2021 2021 TOU3 3075

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lola BARBOT

Le 6 décembre 2021

DESCRIPTION DE L'APPROCHE « MESO » EN DENTISTERIE SOCIALE: APPLICATION À LA PRATIQUE PÉDIATRIQUE DANS LA RÉGION DE MIRANDE

Directeur de Thèse : Pr Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Pr Jean-Noël VERGNES
1er assesseur :	Dr Marie-Cécile VALERA
2ème assesseur :	Dr Mathieu MARTY
3ème assesseur :	Dr Géromine FOURNIER

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN
M. Philippe POMAR

ASSESSEUR DU DOYEN
Mme Sabine JONIOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE
Mme Muriel VERDAGUER

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE
Mme Cathy NABET

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES
M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

CHARGÉS DE MISSION
M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL *(Maillage Territorial)*
M. Franck DIEMER *(Formation Continue)*
M. Philippe KEMOUN *(Stratégie Immobilière)*
M. Paul MONSARRAT *(Intelligence Artificielle)*

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

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

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Marion GUY-VERGER, Mme Alice BROUTIN (associée)
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Assistante : Mme Géromine FOURNIER
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Fabien BERLIOZ
M. Jean-Philippe GATIGNOL, Mme Carole KANJ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants: Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Olivier DENY

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT
M. Ludovic PELLETIER, M. Nicolas ALAUX
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT, M. Antoine GALIBOURG,
Assistants: M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER,
M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND
M. Thierry DENIS, M.Thibault YAGUE

FONCTIONS-DYSFONCTIONS , IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONIOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT, M. Thibault CANCEILL
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES, Mme. Julie FRANKEL
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 novembre 2021

Remerciements

À toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens de cette étude, sans vous, cette thèse n'existerait pas, merci mille fois.

À mes parents chéris, merci pour tout l'amour, la gentillesse et la joie que vous portez autour de vous. Merci pour les belles valeurs que vous m'avez transmises. Merci pour cette enfance incroyable, ces moments inoubliables et tous ces festins. Merci pour votre grande aide dans ce travail. Vous êtes des personnes incroyables et modèles pour moi. Je vous aime tant.

À mon petit frère adoré, à ma cousine préférée, à ma Tata d'amour, à vous Gab, Hugo, Lukas, Romu, Jenny, Mimi, Isa, Patrick, Monique, et tous les autres membres de cette famille si géniale, merci.

À mon Papy, qui reste dans nos cœurs.

À Clarence et Thibault, mes amis pour la vie, merci pour votre écoute et votre soutien, pour tous les moments incroyables que nous avons partagé et que nous partagerons encore.

À mes amies, Estelle, Lisa, Cécile, Anne Charlotte, Madeleine, Sarah, Louise et tous les autres, merci pour ces années d'amitiés passées et à venir. À ma binôme chérie, Claire, à notre complicité et nos fous rires, merci d'être là.

À Camille, Adeline et Maxime, merci pour tout ce partage de valeurs, en dentisterie ou psychologie de l'enfant. Camille, merci de me faire confiance tous les jours. Vous êtes les piliers fondateurs de ma vie professionnelle, je ne vous en remercierai jamais assez.

A Giulia et Vita, grazie per tutta la fiducia che mi date e di farmi scoprire la vostra bella cultura, grazie di tutto.

À Mario, mon amour, merci pour cette vie si douce et si belle.

Au Président du Jury et directeur de thèse, le Professeur Jean-Noël VERGNES :

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Pour votre confiance et votre enthousiasme dans l'accompagnement de ce projet, un grand merci.

Dès le début de nos études, vous nous avez ouvert l'esprit sur l'approche centrée sur le patient et nous avez fait aimer notre futur métier, si humain.

Nous admirons votre patience, votre calme et sérénité envers notre profession et la vie en général.

Merci pour la pertinence de vos conseils et la transmission de votre passion de l'épidémiologie et de l'éthique médicale.

Au premier assesseur, 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.
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.)

Pour votre disponibilité, votre écoute et votre accompagnement au cours de nos années d'études et lors de ce projet, merci beaucoup.

Votre enseignement théorique et pratique de l'odontologie pédiatrique est à la genèse de notre intérêt dans ce domaine.

Votre mise en pratique de la prévention au plus près de la population a inspiré ce travail et nous pousse à nous investir sur cette voie. Vous êtes un exemple pour nous.

Merci pour vos conseils si précieux, et pour votre confiance, encore aujourd'hui.

Au deuxième assesseur, 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 cranio-faciales
- Master 2 Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3
- Doctorat en Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté notre invitation à siéger dans ce Jury.

Votre enseignement de l'odontologie pédiatrique a été et est encore aujourd'hui, un pilier fondamental de notre exercice.

Merci pour votre accompagnement en clinique toutes ces années avec bonne humeur et humour, ainsi que pour la confiance que vous nous avez toujours porté.

Votre vision si ouverte et littéraire de notre exercice nous inspire et nous donne de l'espoir.

Au troisième assesseur, le docteur Géromine FOURNIER :

- Assistante Hospitalo-Universitaire d'Odontologie à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 Biosanté
- Master 2 Anthropobiologie intégrative
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier
- DU Odontologie légale et éthique
- DU Méthode et pratique en identification oro faciale
- Membre du Collége National des Chirurgiens Dentistes Universitaires en santé Publique
- Membre de l'Association Française d'Identification Odontologie (AFIO) et de l'Unité d'Identification Odontologique (UIO)

Nous vous remercions chaudement d'avoir accepté notre invitation pour intégrer ce Jury.

Votre parcours est source d'inspiration et de motivation. Nous admirons votre exercice, tourné vers l'autre, plein d'espoir et d'optimisme.

Nous regrettons de ne pas avoir été encadrés par vous durant nos années de clinique mais sommes très enthousiastes de pouvoir travailler quelques temps à vos côtés.

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE 14

1.1. Approche centrée sur la personne 14

1.1.1. Généralités 14

1.1.1.1. Histoire 14

1.1.1.2. Défaillance du modèle biomédical 15

1.1.1.3. Vers une médecine sociale 17

1.1.2. Modèle biopsychosocial en odontologie 18

1.1.2.1. Modèle 2014 18

1.1.2.2. Modèle 2018 20

1.1.2.3. Modèle 2020 20

1.1.2.4. Dentisterie sociale vue par le patient 22

1.2. Lieu géographique étudié: Région de Mirande 24

1.2.1. Caractéristiques du territoire 24

1.2.2. Evolution démographique et socio-économique 26

1.2.3. Offre de santé 26

1.2.4. Offre petite enfance, enfance et jeunesse 28

1.3. Population étudiée : spécificité de la prise en charge des enfants 30

1.3.1. Un patient particulier 30

1.3.2. Adaptation de la pratique et du plateau technique 31

1.3.2.1. Relation Praticien – Enfant – Parent 31

1.3.2.2. Gestion de l'anesthésie et de l'anxiété 32

1.3.2.3. Prescriptions médicamenteuses 34

1.3.2.4. Prévention et soins prophylactiques 35

1.3.2.5. Rôle du chirurgien dentiste pédiatrique 35

2. Recherche 37

2.1. Introduction 37

2.2. Matériel et méthode 38

2.2.1. Conception et échantillonnage 38

2.2.1.1. Choix du lieu 38

2.2.1.2. Choix de la méthode qualitative 38

2.2.1.3. Choix des participants 39

2.2.2. Procédé 40

2.2.2.1. Phase 1 40

2.2.2.2. Phase 2 41
2.2.3. Analyse 42
2.3. Résultats 43
2.3.1. Etat bucco-dentaire 45
2.3.2. Identification du besoin 50
2.3.3. Décision de consulter 58
2.3.4. Recherche d'aide 62
2.3.4.1. Défaut dans la prise en charge globale de l'enfant 62
2.3.4.2. Bus dentaire gersois 65
2.3.4.3. Attractivité 66
2.3.5. Examen dentaire, diagnostic, plan de traitement 68
2.3.6. Traitement(s) et possibilités 70
2.4. Discussion 74
2.4.1. Synthèse des résultats 74
2.4.2. Confrontation avec le modèle Montréal-Toulouse 79
2.4.3. Limites et points forts 86
2.4.4. Perspectives 86
3. Conclusion 88
3.1.1. Conclusion et perspectives générales 88
3.1.2. Conclusion personnelle 89
Bibliographie 90

Liste des acronymes et abréviations :

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

CCCAG : Communauté de communes Cœur D'Astarac en Gascogne

EVA : Echelle visuelle analogique

CP, CE, CM : Cours Primaire, Élémentaire et Moyen

COVID : Coronavirus Disease

PMI : Protection Maternelle Infantile

RAM/MAM : Relais d'Assistantes Maternelles / Maison d'Assistantes Maternelles

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CDO(CD) : Conseil départemental de l'ordre (des chirurgiens-dentistes)

CDF : Chirurgiens-Dentistes de France (syndicat)

RDV : Rendez-Vous

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

PEC : Prise en Charge

CPIE : Centre Permanent d'Initiative pour l'Environnement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

DPI : Dent Permanente Immature

MIH : Molar Incisive Hypomineralisation

CH Auch : Centre Hospitalier d'Auch

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

AG : Anesthésie Générale

SBD : Santé Bucco-Dentaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

M-T :Montréal-Toulouse

PREAMBULE

Cette recherche m’a toujours tenu à cœur, j’aspire à être une praticienne tournée vers mes patients, respectant un modèle d’approche centrée sur la personne.

C’est au cours de ma seconde année d’externat que je découvre la mise en pratique clinique de l’odontologie pédiatrique au sein du service dédié du CHU de Toulouse. La relation de soin très particulière qu’il est nécessaire de mettre en place dans cette discipline me fascine tout de suite. Après de multiples expériences en cabinets d’omnipratique, je décide d’entamer une collaboration dans un cabinet d’odontologie pédiatrique exclusive à Toulouse dans l’attente d’être diplômée. Je suis alors en quête d’une pratique libérale pluridisciplinaire et globale.

D’autre part, j’ai signé, il y a 4 ans, le contrat d’engagement de santé publique avec l’état, je suis donc encouragée à partir exercer dans une zone déserte en praticien dentaire, afin d’aider la population à évoluer en matière de santé bucco-dentaire. À seulement 50 km de Toulouse se trouvent des villages, cantons, voire départements délaissés en professions médicales libérales. S’ouvre alors un champ de possibilité pour venir en aide à ces populations esseulées en médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.

Cette étude coule de source pour moi, sa réalisation m’a fait évoluer et grandir en matière de recherche mais aussi dans notre pratique clinique.

En suivant, le lecteur trouvera ainsi la description des différents points de départ de cette recherche ; le modèle scientifique, le lieu de recherche, la prise en charge dentaire pédiatrique. Il pourra poursuivre sa lecture par la découverte, pas à pas, de l’étude que j’ai réalisée.

1. CONTEXTE

1.1. APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE

Afin de comprendre notre point de départ en matière de recherche, nous allons dans cette partie décrire le concept d'approche centrée sur le patient. Nous décrirons ainsi l'évolution des différents modèles appliqués à la dentisterie depuis quelques années.

1.1.1. GENERALITES

1.1.1.1. Histoire

Nous n'allons ici que peu distinguer les modèles théoriques en médecine et en odontologie. En effet, bien que dans notre histoire et dans bien des pays, les deux exercices soient différenciés, la dentisterie suit de près les évolutions professionnelles et scientifiques de la médecine. Ainsi, les deux professions prennent un chemin assez similaire en termes de prise en charge du patient (1).

Il est important dans les métiers de santé de choisir un modèle théorique permettant de cadrer la pratique. En effet, le modèle, choisi ou inculqué dans le *hidden curriculum*, façonne le soignant dans son recueil d'information, sa formulation du diagnostic et son comportement dans la pratique (1).

C'est au 19ème et début du 20ème siècle que se dessine pour la première fois l'expertise professionnelle dans les domaines de la médecine et de l'odontologie. Les praticiens sont alors des professionnels de santé qui se basent sur leurs connaissances expertes et les découvertes scientifiques pour soigner les patients. A cette époque, l'idéologie positiviste est prédominante dans les professions médicales (philosophies de René Descartes et Auguste Comte). Le corps du patient est observé de façon réductionniste, organe par organe et tissu par tissu. La maladie est alors un dysfonctionnement d'une partie du tout et a pour traitement un rétablissement de la fonction aussi complet que possible. Le médecin agit comme un mécanicien, qui doit comprendre le problème et savoir si les parties peuvent être « réparées » ou « remplacées ». Cette vision réductionniste façonne un modèle que l'on appellera « biomédical », dans lequel le praticien observe, diagnostique et traite ce qu'il peut dans les anomalies qu'il constate d'un point de vue biologique (1).

Au cours du 20ème siècle on voit apparaître des courants « holistiques » dont les philosophies ne font pas tout de suite l'unanimité. « *La psychologie et les sciences sociales commencent à enrichir le domaine médical. L'approche qui concurrence principalement la vision réductionniste du modèle biomédical est la vision holistique du modèle biopsychosocial d'Engel, qui dicte son principe sur un triangle de niveaux « biologique, psychologique et social* ». » (1). Bien que très critiqué, ce modèle inspire des chercheurs dans le développement d'autres approches fondamentales telles que « *la médecine centrée sur le patient* » de Balint ou « *l'approche systémique familiale dans les soins du patient* » de Doherty and Baird's. La médecine évolue vers des soins davantage centrés sur le patient, il s'agit d'un modèle biopsychosocial basé sur les données acquises de la science (EBM). Ici se séparera, pendant longtemps, l'odontologie de la médecine puisque les dentistes restent des chirurgiens dont la réalisation d'actes techniques est au centre de leur attitude clinique.

A la fin du 20ème siècle la médecine factuelle, « Evidence-Based Medicine (EBM) », fait son apparition. Elle est alors définie comme une « intégration des preuves apportées par la recherche à l'expertise clinique du praticien et les valeurs du patient ». (1) Ainsi le praticien doit prendre ses décisions cliniques grâce à la science et la recherche, et ne doit plus faire passer son instinct découlant de l'expérience clinique en priorité, il doit être le plus neutre possible. Cependant, bien que les préférences du patient fassent partie intégrante du paradigme EBM, au fil du temps, ce concept se développe davantage comme une méthode permettant de hiérarchiser les informations scientifiques selon le principe des « niveaux de preuve ». Ainsi l'EBM oriente les prises de décisions médicales vers les données acquises de la science et a donc tendance à favoriser une vision réductionniste de la santé, par ancrage positiviste.

« L'odontologie a vite adopté ce concept de médecine factuelle et la grande majorité des praticiens l'inclut totalement dans leur pratique actuelle. » (1).

1.1.1.2. Défaillance du modèle biomédical

Le modèle biomédical a permis de très importantes avancées en matière de santé, y compris au niveau bucco-dentaire. Il reste encore au 21ème siècle très ancré dans notre pratique de chirurgien-dentiste.

Pourtant, il présente bien des limites. Ainsi, l'approche réductionniste, en vision d'organe, peut être mal vécue par les patients, par les dentistes eux-mêmes, par les étudiants en odontologie. Enfin, un modèle biomédical pur s'intègre mal dans notre société actuelle, avec par exemple en France la loi Kouchner de 2002 qui a renforcé le pouvoir décisionnel du patient.

« L'approche réductionniste du modèle biomédical laisse peu de place à l'écoute du patient, le praticien a une tendance au paternalisme. », (1). En effet, il a les connaissances, sait ce qui est le mieux pour le patient et laisse peu de place à ce dernier pour exprimer ses besoins, ressentis et points de vue. Le patient peut alors se sentir désorienté et perdre la confiance en son dentiste. Beaucoup de patients, à qui on n'a pas expliqué et abordé correctement le diagnostic, pensent que leur dentiste propose parfois des soins non nécessaires. *« De plus, les mauvaises expériences avec d'anciens dentistes et les perceptions de mauvaise pratique données par les médias peuvent aussi contribuer au manque de confiance du patient. »*, (1). Ainsi la qualité de l'information reçue par le patient n'est pas suffisante et ce dernier se sent exclu de la prise de décision.

« *Le modèle biomédical laisse également peu de place à la gestion des émotions et des craintes des patients par le praticien* », (1). Ainsi, dans notre profession on compte un taux de burn-out et de fatigues émotionnelles important. En effet, le dentiste se trouve souvent face à des situations lourdes émotionnellement, il est confronté quotidiennement à la douleur, aux répercussions sociales des problèmes dentaires, à la difficulté de s'alimenter, etc. Il est donc nécessaire d'inclure cette charge émotionnelle de façon proactive et privilégier l'empathie intellectuelle, ce que le modèle biomédical n'intègre que très partiellement dans sa pratique.

Les étudiants aussi pâtissent de ce modèle paternaliste. « *On constate un déclin du niveau d'empathie avec l'avancée dans les études et un accroissement du cynisme* » (1). Il existe plusieurs raisons à cela, d'une part durant les années de formation clinique, les étudiants sont confrontés à la notion d'excellence technique et ressentent une obligation de succès systématique. D'autre part, « *une relation autoritaire se fige avec les enseignants et les futurs dentistes vont avoir tendance à reproduire ce schéma d'autorité avec leurs patients* », (1). De plus, le prestige d'un exercice spécialisé est encore favorisé par nos formations et nos institutions.

Par ailleurs, le modèle biomédical n'est plus vraiment adapté à notre société. D'un point de vue économique, le praticien peut mal vivre la contrainte économique, lorsque l'acte décidé par le praticien et basé sur les dernières preuves de la science n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, amenant le patient à choisir une alternative considérée de moindre qualité par le praticien. Un accord avec le patient, après lui avoir expliqué toutes les options et leurs conséquences ; donc l'utilisation d'un modèle biopsychosocial ; permet de diminuer ce mal-être concernant les contraintes économiques des patients. D'autre part, le modèle biomédical privilégie le traitement des maladies au détriment de la prévention, alors que cette dernière est très efficace en dentisterie. Nous savons néanmoins que les populations défavorisées sont moins atteintes par les programmes de prévention (qui sont donc rares). Cela crée ainsi des inégalités importantes dans la santé et dans les soins (1).

1.1.1.3. Vers une médecine sociale

C'est pourquoi, le réductionnisme du modèle biomédical est alors opposé à l'observation holistique. Le corps est examiné dans son contexte global. Les besoins, désirs et préférences du patient sont alors entendus et pris en compte dans la décision thérapeutique. Les soins centrés sur le patient sont basés sur le principe d'humanisme (valeur, intérêt humain et dignité) en tant que guide (1).

Nombreuses sont les similarités entre les différentes définitions de l'approche centrée sur le patient apportées par les études observationnelles réalisées au Royaume Uni, Afrique du Sud et Canada (2).

Ainsi, avoir une pratique centrée sur le patient signifie que le praticien prend en compte les désirs du patient pour transmettre une information appropriée et prendre la meilleure des décisions thérapeutiques de façon partagée. La communication centrée sur le patient est associée à une augmentation de la satisfaction du patient, une meilleure compliance et de meilleurs résultats de santé (2).

« Il est ainsi admis que le meilleur moyen de mesurer l'approche centrée sur le patient est une évaluation faite par les patients eux-mêmes, et ainsi, user de la recherche qualitative, permet d'observer de plus près les bénéfices de cette pratique. » (2).

1.1.2. MODELE BIOPSYCHOSOCIAL EN ODONTOLOGIE

Dans cette partie, nous allons détailler les avancées référencées dans la littérature concernant les méthodes d'application de l'approche centrée sur la personne en dentisterie.

1.1.2.1. Modèle 2014

En 2014, un article britannique pointe du doigt le manque de recherche et de définition dans la compréhension du modèle d'approche centrée sur le patient en dentisterie, malgré son importance évidente (3).

Au cours de la même année, un article franco-canadien donne un cadre plus précis au modèle appliqué en odontologie, après en avoir décrit l'historique global (1).

Ainsi, N Apelian, JN Vergnes et C Bedos insistent sur l'importance de préciser le modèle de dentisterie centrée sur le patient. Le dentiste est un praticien en contact sur la durée avec ses patients, et inclut un temps d'intervention thérapeutique. Ses actions thérapeutiques sont souvent associées à la douleur, à l'anxiété ; qui peut être liée à l'acte en lui-même ou au coût financier de celui-ci. C'est donc une profession médicale particulière, à laquelle on peut difficilement transférer des modèles déjà existants dans les autres.

Dans ce papier, les auteurs se sont observés dans leurs pratiques professionnelles, ont débattu longtemps entre eux et sont finalement arrivés à conceptualiser un modèle clinique qu'ils appellent « *dentisterie centrée sur la personne* ». D'après le dire des auteurs, il s'agit plutôt d'une « *représentation didactique d'une philosophie sous jacente basée sur l'humilité, l'hospitalité, le non jugement, le respect, l'authenticité et une attitude positive, que d'un modèle à proprement parler.* » (1).

L'article propose donc une approche holistique du sujet et donne des conseils chronologiques dans l'établissement de la confiance, de la relation patient-praticien et de l'établissement d'un plan de traitement de façon coopérative. On s'éloigne alors du positivisme pour intégrer davantage du constructivisme dans la relation de soin. La figure suivante est le produit résumé de ces codes d'application.

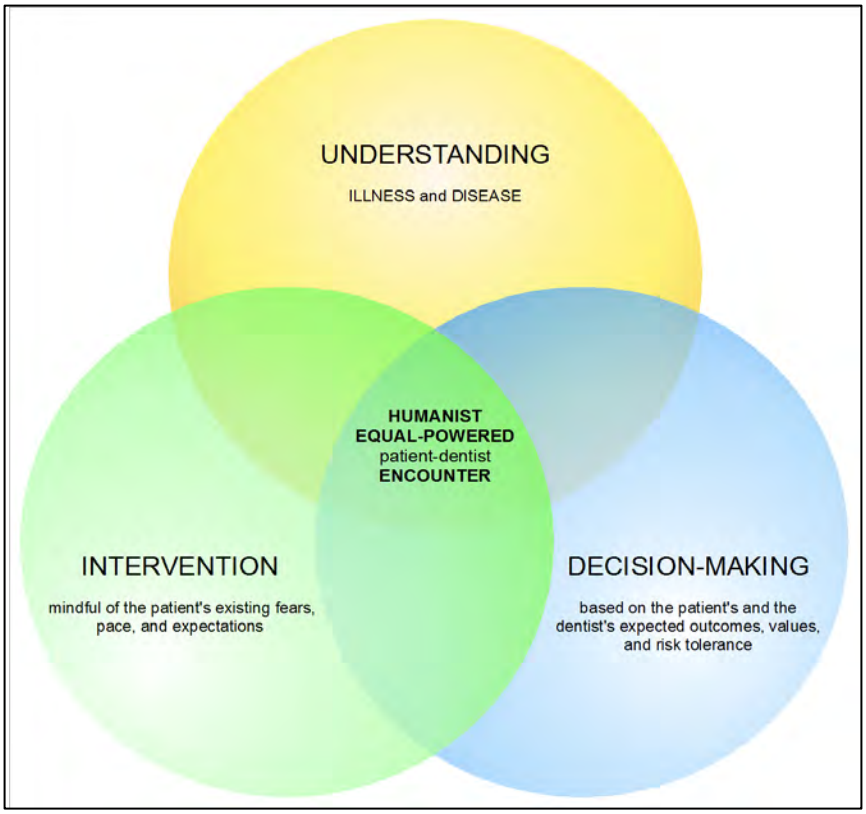

Figure 1- Heuristic representation of the Person-Centred dental clinical model (1)

Dans un premier temps, le praticien tente de comprendre le patient dans son entièreté pour mieux cerner son état de santé, et la représentation qu'il s'en fait. Le patient est alors déjà pleinement impliqué dans le processus, il pourra avoir une conversation honnête et franche avec son praticien et lui faire comprendre la ou les raisons de sa visite. S'ensuit une partie d'examen clinique avant de pouvoir donner et partager le diagnostic.

Cette juste compréhension de la maladie permettra une « *prise de décision partagée* » (1), entre le patient et son praticien. Pour ce faire, le praticien doit exposer au patient chacune des possibilités de traitement, il joue ici un rôle de conseiller afin que le patient puisse donner son avis final.

Enfin arrive le moment de l'intervention. En dentisterie, elle se présente sous différentes formes. D'abord, une intervention du patient lui-même, sur ses habitudes de vie potentiellement en lien avec sa santé bucco-dentaire. Pour que cette action individuelle ait lieu, le patient ne doit pas se sentir jugé, mais accompagné par le praticien, qui fournit une information adaptée, et personnalisée. D'autre part, l'intervention au fauteuil est le plus souvent perçue comme étant « la plus importante », ce qui est souvent vrai mais pas

systématique. Le praticien est conscient que cette intervention est potentiellement de nature à être associée à de la peur, de la douleur et de l'inconfort. Le dentiste, par son approche sincèrement bienveillante, pourra adapter la prise en charge et rassurer le patient, en lui signalant qu'il reste maître des actions du dentiste et en droit d'interrompre le soin à tout moment. Enfin, l'intervention peut également se matérialiser par l'action d'adresser le patient à un autre professionnel. Ainsi, dans l'approche centrée sur la personne, le praticien sait mettre de côté son égo, reconnaît ses limites et accompagne le patient vers un confrère capable de réaliser le traitement adapté au patient. Tout comme il est capable de co-décider avec le patient d'une abstention thérapeutique, ou d'une thérapie différée.

1.1.2.2. Modèle 2018

Les mêmes auteurs reviennent sur le sujet 4 ans plus tard afin de faire évoluer le modèle. Il est ainsi proposé de dépasser le seul niveau individuel de la prise en charge centrée sur le patient en ajoutant des déterminants sociaux à l'équation. « *Les premiers facteurs qui façonnent la santé des gens ne sont pas leurs traitements médicaux ou leur choix de vie, mais plutôt les conditions dans lesquelles ils vivent. Ces conditions de vie, qui incluent différents éléments tels que le logement, l'éducation, les conditions de travail, le revenu ou l'accessibilité à la nourriture, sont nommés déterminants sociaux de la santé*. »(4).

La prise en charge est alors élargie à plusieurs niveaux : individuel et familial, communautaire (population locale) et sociétal (société dans laquelle cette population vit) (4).

1.1.2.3. Modèle 2020

Les chercheurs franco-canadiens ont regroupé l'ensemble de leurs travaux sur le sujet afin d'en rédiger le modèle Montréal-Toulouse qui décrit une approche biopsychosociale appliquée à la dentisterie (5).

Il s'agit là d'une actualisation et d'une fusion des deux premiers articles précédemment cités.

Figure 2 - The Montreal-Toulouse Biopsychosocial Model for dentistry (5)

Pour chacun des trois niveaux, les chercheurs ont développé les différents critères d'approche centrée sur la personne. Ils ont ainsi créé un questionnaire à destination des praticiens afin d'auto-évaluer leur pratique dans le domaine biopsychosocial. L'article sert alors de guide à une pratique centrée sur le patient dans sa globalité.

Dans l'étude qui va suivre, nous nous focaliserons sur **le niveau communautaire de ce modèle**, ainsi décrit dans l'article :

Compréhension	Prise de décision	Intervention
Quelles sont les caractéristiques (sociales, démographiques, politiques) de ma communauté ? Quels sont les besoins de ma communauté en matière de santé buccodentaire ? (Quelles sont les personnes ou quels sont les groupes qui ont une santé buccodentaire médiocre ou « mauvaise » ?) Quelles sont les principales ressources médicales et non médicales de ma communauté ? Quelles sont les structures locales qui déterminent la santé buccodentaire des gens et leur accès aux soins dentaires ?	Est-ce que j'ai des partenariats avec des ressources médicales locales (médecins, etc.) ? Est-ce que j'établis des partenariats avec des ressources non médicales locales (travailleurs sociaux, services juridiques, groupes communautaires, autorités locales, etc.) ? Est-ce que je participe aux processus décisionnels concernant les politiques et les programmes locaux de santé buccodentaire ?	Ma clinique offre-t-elle un environnement inclusif et convivial pour mon patient et pour ma communauté locale ? (En particulier pour les personnes et les groupes défavorisés, stigmatisés ou exclus ?) Est-ce que je contribue à l'élaboration de politiques et de programmes communautaires en matière de santé ? Suis-je reconnu et digne de confiance au sein de la communauté ?

Figure 3 - Q-list niveau méso du modèle Montréal-Toulouse

1.1.2.4. Dentisterie sociale vue par le patient

Récemment paru dans le British Dental Journal, un dernier article des chercheurs franco-canadiens nous donne les différentes attentes qu'est en mesure d'avoir le patient au cours d'une consultation dentaire. On inverse alors les rôles, le patient lui-même bénéficie des clés de lecture de la prise en charge bucco-dentaire que son praticien lui offre (6).

Cet article propose une figure regroupant les différentes demandes qu'un praticien pourrait combler auprès du patient. Ainsi, il regroupe « *quatre attentes de base que le patient est dans son droit de recevoir de la part du dentiste : 1) être compris ; 2) être respecté ; 3) avoir du pouvoir ; 4) se voir attribuer assez de temps ; ainsi que trois attentes reflet du processus clinique : 5) être informé et comprendre ; 6) partager les décisions avec le dentiste voire même co-construire le plan de traitement ; et 7) se sentir à l'aise au cours de la réalisation des soins dentaire et tout le processus de soins* » (6). L'élaboration des points cités est basée sur le travail de recherche en dentisterie sociale et a pour pré-requis le travail du modèle Montréal-Toulouse.

Cet outil a un double avantage : celui d’aider le patient à trouver un praticien qui correspond à ses attentes, et celui d’aider le praticien à remettre en question sa pratique globale de façon empathique.

Dans cette étude, la parole sera donnée en grande partie à la population mirandaise, malgré le fait que nous n'allions pas dans les détails du ressenti de la consultation, les participants apporteront une approche critique de la prise en charge pédiatrique dans la région.

1.2.LIEU GEOGRAPHIQUE ETUDIE: REGION DE MIRANDE

Nous allons décrire les principales caractéristiques du lieu géographique qui fait l'objet de notre étude, à savoir la commune de Mirande. Les données suivantes sont issues du diagnostic partagé de territoire, enfance, petite enfance et jeunesse réalisé par la communauté de commune en mars 2020.

1.2.1. CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE

La commune de Mirande se situe dans la région Occitanie, au sein du département du Gers et appartient à un regroupement de communes (intercommunalité) : la Communauté de Communes Cœur d'Astarac en Gascogne (CCCAG), fondée en 1999 et agrandie en 2012. La notion d'intercommunalité, correspondant parfaitement à la description du méso décrite dans le modèle Montréal-Toulouse, nous semble alors intéressante à étudier plus en détail.

Figure 4 - Localisation de la communauté de commune Coeur d'Astarac en Gascogne

La CCCAG regroupe 19 communes.

Mirande est le bassin de vie de la CCCAG, et représente le principal bourg, avec celui de Miélan, plus au sud. La ville est desservie par l'axe N21 la reliant à l'agglomération d'Auch à 27 km de là et à celle de Tarbes à 50 km.

La CCCAG enregistre une densité de population faible (26,9 hab. /km2), inférieure à celle du département. La population étant concentrée entre les bourgs de Mirande (3450 hab) et Miélan (1150 hab). *« En dehors des bourgs, l'habitat reste très dispersé, avec des fermes souvent isolées. »* (7).

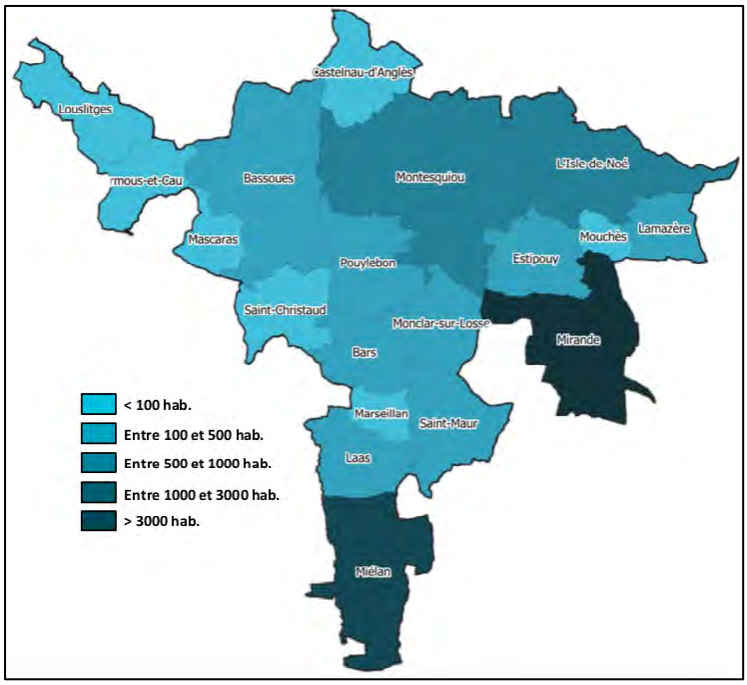

Figure 5 - Répartition des communes de la CCCAG par nombre d'habitants

On constate sur le territoire une activité économique limitée. Ainsi, le groupe Gers Equipement, situé à Mirande, représente la seule entreprise de taille intermédiaire de la région CCCAG. Le reste de l'activité économique se répartit entre le secteur public (la gendarmerie, qui représente un important bassin d'emplois), les petites et moyennes entreprises (commerce, transport, hébergement, restauration) et les services marchands (professions libérales, indépendants au service des entreprises). Toutefois, on constate que depuis quelques années, le nombre de créations d'entreprises est en constante augmentation (à relativiser cependant car un certain nombre cessent leur activité après 1 à 3 ans). Une grande partie des actifs vivant au sein de la CCCAG travaille sur la communauté d'agglomération du grand Auch, qui brasse et mobilise les personnes (notamment pour les emplois liés à la fonction publique).

En termes d'équipements sportifs et culturels, la plupart des bourgs sont équipés de terrains de multi-sport, ainsi que de complexes aquatiques. On note également la présence d'une médiathèque, d'un cinéma, d'un musée, et de tant d'autres ressources du patrimoine (bastide, églises, vestiges gallo-romains, châteaux, etc.)

La vie associative est par ailleurs bien ancrée sur le territoire puisque la ville de Mirande recense 108 associations diverses et variées.

Enfin, nous noterons que la plupart des ménages sont installés de longue date sur le territoire.

1.2.2. EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

Une des principales caractéristiques de la démographie de la CCCAG (et ceci s'étend à l'ensemble du département), est le vieillissement de la population. En effet, on constate un solde démographique négatif, n'assurant pas le renouvellement des générations. *« Les moins de 14 ans représentaient […] 14,1% des habitants en 2011 contre 12,9% en 2016. A contrario, les plus de 75 ans représentaient 15% en 2011 et 16,5% en 2016. (Source INSEE, 2019) »* (7).

Le taux de natalité est stable depuis de nombreuses années (environ 50 naissances par an sur le territoire de la CCCAG). Toutefois, le taux de mortalité est plus important.

On notera d'un point de vue socio-économique que les retraités représentent la majorité (40,6%) de la population de plus de 15 ans. Parmi la population active, on remarque une représentation importante des emplois peu qualifiés et un taux de chômage important (11,5%).

Nous observons, selon plusieurs indicateurs statistiques, que les revenus des habitants de la CCCAG sont plus faibles que ceux des autres habitants du Gers. Le taux de pauvreté des ménages y dépasse même les 20% (contre 15% dans l'ensemble du Gers).

En ce qui concerne la population pédiatrique, les individus de 0 à 19 ans représentent moins de 20% de la population territoriale (environ 18,3% de la population globale). Les enfants de plus de 10 ans sont les plus nombreux ; cette tendance se retrouve dans la scolarisation des enfants de 0 à 18 ans puisqu'on retrouve une grande proportion d'élèves inscrits soit au collège (de 11 à 14 ans), soit au lycée (de 15 à 17 ans).

1.2.3. OFFRE DE SANTE

L'offre de santé dans le département devient critique. Le Gers devient depuis quelques années ce qu'on appelle un « désert médical ».

Le désert médical définit un territoire au sein duquel le sous-effectif de personnel soignant ne parvient pas à répondre au besoin de la population. Ainsi, l'accès au soin est

limité. La Drees définit l'accès au soin en plusieurs dimensions (spatiale et financière). Ici, nous nous intéressons davantage à la dimension spatiale, dépendante de la distance minimale pour se rendre chez le professionnel de santé, du temps de trajet minimum, de la disponibilité du praticien ainsi que du temps d'attente pour avoir un RDV (8).

Ainsi l'accès au soin se jauge entre la proximité et la disponibilité de l'offre. Il existe d'autres facteurs tels que: le niveau d'activité des professionnels de santé, les plages d'ouverture des cabinets, la démographie vieillissante des praticiens, les caractéristiques de la population qui changent les besoins en médecins.

L'évaluation de l'accès aux soins d'un territoire peut être réalisée mais présente des biais d'uniformisation en son sein et d'effet frontière. En effet, si l'on prend l'exemple de la CCCAG, le village de Bars est isolé et loin des deux bourgs principaux de l'intercommunalité; et se trouve ainsi enclavé en terme d'offre de santé, malgré la présence de professionnels de santé à Mirande et Miélan. Ceci biaise ainsi les statistiques du territoire de la CCCAG.

Malgré l'absence de rapport détaillé concernant l'offre de soin dans la CCCAG ou à Mirande, nous avons tenté d'illustrer par quelques exemples les différents temps et distance d'accès au soin. Nos recherches n'incluent pas la disponibilité des praticiens ni le temps d'attente de RDV, mais donnent déjà une idée quant à l'enclavement de la CCCAG en termes de santé.

Les temps et distance d'accès à différents soins sont décrits dans le tableau suivant.

	Mirande	Miélan	Bars
Urgences	24km/30min (Auch)	37km/45min (Auch)	35km/43min (Auch)
Médecin	0km/0min (Mirande)	0km/0min (Miélan)	11km/13min (Miélan)
Pharmacie	0km/0min (Mirande)	0km/0min (Miélan)	11km/13min (Miélan)
Dentiste	0km/0min (Mirande)	0km/0min (Miélan)	11km/13min (Miélan)
Pédiatre	24km/30min (Auch)	37km/45min (Auch)	35km/43min (Auch)
Orthophoniste	0min/0km (Mirande)	14km/17min (Mirande)	11km/14min (Mirande)

D’après les chiffres de 2020 répertoriés sur le site de Cartosanté, on retrouve 6 chirurgiens-dentistes exerçant actuellement, soit 1 praticien pour 1289 habitants. Nous notons également que 42,9% des praticiens ont plus de 60 ans, ce qui posera problème dans les années à venir pour les remplacer lors de leur départ à la retraite. Concernant les médecins généralistes, 7 sont installés au sein de la CCCAG. Le taux de jeunes est néanmoins plus important, et cette démographie vieillissante de médecins est moins visible que celle des dentistes.

Nous avons également réalisé le détail de l’offre de soin sur la ville de Mirande. Ainsi, elle présente les structures de santé suivantes :

- La **Maison de Santé Pluridisciplinaire** : 5 médecins généralistes, 3 kinésithérapeutes, 2 sages-femmes, 1 podologue, 1 cabinet infirmier, 1 diététicienne, 1 orthophoniste, 1 ostéopathe.

- 2 pharmacies,

- 1 cabinet dentaire (4 praticiens)

- 1 Hôpital : 150 lits

- 1 antenne du CMP (centre médico-psychologique) de Auch.

Nous notons ainsi que Mirande est le pôle de santé le plus « complet » de la CCCAG.

1.2.4. OFFRE PETITE ENFANCE, ENFANCE ET JEUNESSE

En termes d’offres scolaires, périscolaires et extrascolaires, Mirande brasse la majorité des structures dédiées aux 0-17 ans. En effet, la ville concentre 46% de la population et demeure le principal lieu d’activité pour les enfants du territoire.

On constate un grand nombre d’élèves scolarisés dans la ville et *«il apparaît que de nombreux collégiens et lycéens viennent des communautés de communes des alentours pour poursuivre leur scolarité. Ils sont ainsi près de 300 élèves non-résidents à fréquenter l’un des 4 établissements secondaires du territoire »*. On remarque aussi une centralisation des effectifs scolaires du territoire sur Mirande (77% des élèves). La Figure 5 rapporte les effectifs scolaires du territoire sur l’année 2019-2020. La Figure 6 rapporte les différentes structures d’accueil de la CCCAG.

Mirande	Maternelles	Primaires	Collège	Lycée	Total
École publique	90	147			237
École Notre-Dame	58	69			127
Collège de l'Astarac			293		293
Lycée Agricole			61	226	287
Lycée Alain Fournier				370	370
Total d'élèves scolarisés à Mirande					**1 314 (76,7 %)**
Miélan					
Collège Vasconie			148		148
École publique	33	73			106
Total d'élèves scolarisés à Miélan					**254 (14,8 %)**
Bassoues					
École publique	15	16			31
Total d'élèves scolarisés à Bassoues					**31 (1,8 %)**
Montesquiou					
École publique	17	25			42
Total d'élèves scolarisés à Montesquiou					**42 (2,5 %)**
L'Isle-de-Noé					
École publique	28	45			73
Total d'élèves scolarisés à L'Isle-de-Noé					**73 (4,3 %)**
Total	**241 (14 %)**	**375 (21,9 %)**	**502 (29,3 %)**	**596 (34,8 %)**	**1 714 (100 %)**

Figure 6 - Effectif scolaires année 2019-2020 (source CCCAG)

	Structures publiques gérées par la CCCAG	Structures publiques gérées par d'autres communes	Structures privées
Petite Enfance (0 – 6 ans révolus)	1 multi-accueil : Lous Pitchous 1 Relais Assistantes Maternelles (RAM) : Les Petits Pouces 1 Lieu d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) : Marela 1 ludothèque (tous âges)	--	1 jardin d'enfants : les Coccinelles 35 assistantes maternelles sur le territoire (21 réellement en activité)
Enfance (3 – 12 ans)	3 Accueils de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) : Le Pitchounet, le Cadichon et l'Île des Enfants 2 séjours élémentaires (en 2019)	5 garderies / accueils organisés par les communes (Mirande, Miélan, Bassoues, Montesquiou et L'Isle-de-Noé) suivant le fonctionnement des écoles, durant le temps périscolaire (matin et soir) et le mercredi	1 garderie / accueil associé à l'école privée sous contrat : Notre-Dame De nombreuses associations proposent également des activités
Jeunesse (11 – 17 ans)	1 accueil jeunes : L'Astrado 1 opération été jeunes 1 séjour jeunes (en 2019)	--	1 garderie / accueil associé à l'école privée sous contrat : Notre-Dame De nombreuses associations proposent également des activités

Figure 7 - Structures d'accueil du territoire

1.3. POPULATION ETUDIEE : SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Cette étude s'intéresse au besoin en soins dentaires de la population pédiatrique de la région de Mirande. Depuis plusieurs dizaines d'années, de plus en plus de dentistes libéraux et hospitaliers dédient leur pratique aux enfants. Dans cette partie, nous allons, de façon très générale et non exhaustive, décrire en quoi cette population de jeunes patients est spécifique, au niveau micro (c'est-à-dire au niveau individuel). Cela nous permettra de développer par la suite les enjeux de la focalisation au niveau méso. En effet, il est impossible de complètement séparer les niveaux micro, méso et macro car ils sont étroitement intriqués.

1.3.1. UN PATIENT PARTICULIER

L'enfant est un patient qui demande une attention empathique particulière, un discours adapté et une considération du contexte anatomo-physio-pathologique différent de celui d'un adulte. Ainsi, un enfant ne « *se soigne pas comme un adulte miniature* ».

D'une part, la relation de soin est tripartite : l'enfant, le praticien, le parent. Le dentiste doit ainsi trouver une juste place dans sa position vis-à-vis du couple parent – enfant.

De plus, l'enfant de moins de 4 ans présente une grande immaturité émotionnelle et affective qui demande une adaptation communicative de la part du praticien. Le vocabulaire est ainsi adapté à l'âge du patient et la communication non verbale sera primordiale. Le praticien pourra ainsi user d'images et d'activités ludiques pour faire connaître au patient les différents instruments, et pourra imager ses propos lors des soins.

Jusqu'à 8 ans, et en particulier à moins de 4 ans, les enfants sont souvent anxieux avant une première visite ou un soin. La gestion de cette anxiété se répartit entre le parent et l'équipe médicale. D'une part, le parent peut faire découvrir le cabinet dentaire assez tôt dans l'enfance (3 ans recommandé) afin d'habituer l'enfant à l'atmosphère et aux instruments d'examen. Le parent peut également user d'un langage approprié en évitant les mots à consonance négative (« mal », « piqûre », « n'aie pas peur », etc). Le praticien peut inviter le parent à éviter ce genre de termes.

D’autre part, la coopération d’un enfant de moins de 6 ans est souvent très limitée. Le praticien aura plusieurs outils en main pour gérer l’anxiété : la communication, la distraction, la prémédication sédative, le MEOPA, etc.

L’enfant présente également des particularités anatomiques, pathologiques et symptomatiques.

De ses 6 mois à ses 6 ans environ, l’enfant est en denture temporaire ; il y restera jusqu’à l’éruption des premières dents définitives et sera ainsi en denture mixte avant la chute des dernière molaires temporaires, autour de 11-12 ans ; peu à peu se met en place la denture définitive.

La dent temporaire présente des particularités anatomiques externes (teinte blanche, globuleuse, bombé cervical augmenté, pas de prémolaire, racines des molaires très divergentes). Elle présente un risque carieux plus important, dû à son anatomie et son nettoyage plus difficile (notamment au niveau des points de contact). Son anatomie interne diffère également de la dent permanente de par sa chambre pulpaire importante, ses nombreux canaux accessoires (notamment au niveau du plancher pulpaire), ses courbures marquées et ses apex qui restent ouverts. Tout ceci conduit à une symptomatologie pulpaire particulière ; ainsi le praticien pourra prendre en charge, dans sa pratique sur dent temporaire, un grand nombre de nécroses pulpaires alors qu’il existe peu d’hyperhémies ou de pulpites irréversibles. De plus, le cahier des charges des matériaux utilisés sur dents temporaires se distingue de celui des dents définitives.

La dent permanente, après son éruption, reste immature jusqu’à la fermeture des apex. Elle présente un émail également immature qui se défend moins bien face aux agressions. Sa mise en occlusion étant tardive, le déficit de nettoyage naturel fourni par la mastication induit un risque carieux augmenté, surtout pour les premières molaires.

Le praticien doit donc adapter sa prise en charge en fonction de l’âge de l’enfant, mais également du type de dent à traiter.

1.3.2. ADAPTATION DE LA PRATIQUE ET DU PLATEAU TECHNIQUE

1.3.2.1. Relation Praticien – Enfant – Parent

Le praticien est non seulement tenu d’adapter son vocabulaire et comportement en fonction de l’âge de l’enfant, mais il se doit aussi d’utiliser un langage approprié face aux

parents ou aidants afin que ces derniers comprennent et prennent en considération la maladie de l'enfant.

Ainsi, le dentiste utilisera un vocabulaire très imagé en présence d'enfant de moins de 7-8 ans, puis pourra progressivement utiliser les vrais noms des instruments. Pour éviter de diverger du discours parental, le praticien peut expliquer la signification des instruments imagés aux parents (miroir=cuillère, turbine=douche, seringue d'anesthésie=stylo, etc.) afin qu'ils réutilisent le même vocabulaire à la maison.

Enfin, lors de la première consultation, le praticien évitera de faire des soins. Toutefois, il lui faudra expliquer à l'enfant ce qu'il compte faire à la prochaine séance.

1.3.2.2. Gestion de l'anesthésie et de l'anxiété

Le moment du soin qui prend le plus de temps, et souvent qui demande le plus d'imagination et d'énergie de la part du praticien est celui de l'anesthésie. Elle a très mauvaise réputation, est mal perçue depuis longtemps. Bien que les techniques aient évoluées avec la technologie, la « piqûre » effraie encore largement l'adulte comme l'enfant. Le praticien doit alors d'une part déconstruire cette idée auprès de l'enfant mais également du parent, qui se voit très souvent être vecteur d'un stress et d'une peur démesurés. Aussi, le dentiste imagera son langage, fera participer l'enfant, pour qu'il se sente soutenu. Il pourra par exemple faire la description du dessin au cours de l'injection et féliciter à la fin de l'acte. Exemple : « on va dessiner avec mon stylo à côté de la dent pour qu'elle s'endorme, qu'aimerais-tu que je dessine? » ;

Le vocabulaire et l'attitude ne font pas tout, il existe à notre disposition des techniques et du matériel à utiliser pour diminuer le stress et les mauvaises sensations de l'enfant liés à l'anesthésie. L'acte doit en effet être « *dans la mesure du possible, non douloureux physiquement et psychologiquement* » (9).

En utilisant un anesthésique de contact 1 à 2 minutes au niveau du point d'injection (sous forme de gel ou de spray à base de benzocaïne ou lidocaïne), le praticien augmente grandement les chances de confort du patient. Il sera néanmoins vigilant aux signes locaux en cas d'allergie.

Une anesthésie par infiltration, si elle est indiquée et justifiée, pourra alors se faire. Le praticien peut utiliser les méthodes suivantes : anesthésies para-apicales, tronculaires,

palatines, intra-ligamentaires, intra-osseuses. Il pourra également choisir le type d'injecteur, à savoir les seringues classiques (métal ou plastique, avec ou sans aspiration), seringues à injection fractionnée (qui permettent un meilleur contrôle de la vitesse d'injection et de la pression), seringues à injection avec assistance électronique (avec ou sans système de rotation). Nous noterons un avantage à la technique intra-osseuse qui permet de réaliser une anesthésie immédiate osseuse, pulpaire et gingivale en un seul point d'injection.

En amont du soin, le dentiste peut évaluer l'anxiété du patient, qui prendra différentes formes en fonction de l'enfant. Il pourra ainsi, en cas d'anxiété mineure, réaliser une prémédication sédative, afin d'améliorer les conditions de prise en charge. La prescription d'anxiolytiques est alors de mise (hydroxyzine ou diazépam).

Pour un enfant anxieux, peu coopérant, le praticien pourra préférer réaliser les soins sous sédation consciente par inhalation de MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote). « *Ce médicament permet l'obtention d'un état de sédation consciente qui augmente le plus souvent la coopération du patient et représente une alternative intéressante à l'anesthésie générale* » (9). Toutefois, seul un praticien à qui a été délivré un diplôme suite à une formation spécifique pourra user de cette technique.

Pour les patients très jeunes ou opposants, si peu de soins sont à réaliser (latence d'action courte), une sédation consciente par administration de midazolam peut être réalisée. Son utilisation est néanmoins réservée au milieu hospitalier.

Dans les trois cas, le praticien doit prendre en compte les risques inhérents à la médication.

Enfin, une anesthésie générale peut être indiquée pour réaliser les soins courants. Elle sera fonction de l'état général du patient, des différents échecs de soins suite à un comportement non coopérant, à des réflexes nauséeux importants, à la nécessité de mise en état buccal avant une thérapeutique médico-chirurgicale urgente ; l'intervention peut aussi être urgente (infection ou traumatisme), et doit prendre en compte le nombre et la complexité des actes. Une consultation pré-anesthésique sera réalisée ainsi qu'une consultation dentaire pré-opératoire afin de réaliser un bilan complet (dans la mesure du possible).

1.3.2.3. Prescriptions médicamenteuses

L'enfant présente une immaturité de l'organisme, le praticien doit donc adapter la posologie d'un médicament au poids et à l'âge. Les prescriptions se font toujours sur le principe de justification-précaution-explication ; elles doivent en effet être claires et précises, adaptées, réalisables, expliquées et limitatives.

On pourra alors adapter les voies d'administration et les formes galéniques, en fonction de l'âge (tout en respectant les espacements adaptés entre les prises). Ainsi, avant 6 ans, on privilégiera les formes liquides par voie orale, prescrites en seringues, pipettes, ou cuillères-mesure. Après 6 ans, on recommande les comprimés et gélules ; si l'enfant n'est pas capable de les avaler, on retournera sur les formes liquides précédentes.

Le praticien doit également prendre en considération le rapport bénéfice/risque du médicament et faire attention aux AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), qui ne sont pas forcément les mêmes que chez l'adulte. En odontologie pédiatrique, les principales classes médicamenteuses prescrites sont : les antalgiques, antibiotiques et anxiolytiques (antifongiques et antiviraux peuvent être prescrits en complément).

Enfin, nous voulions également aborder la particularité de la gestion de la douleur chez l'enfant ; plus précisément l'évaluation de la douleur en fonction de l'âge. En effet, avant prescription antalgique, une évaluation de la douleur est requise. Cette dernière est fondée sur l'hétéro-évaluation jusqu'à 4 ans, qui pourra être complétée par l'auto-évaluation lorsque l'enfant en sera capable. Entre 4 et 6 ans, le praticien pourra apprécier la douleur grâce à une échelle de visage (de pas mal du tout, avec un sourire, à très très mal avec une grimace) ou une échelle verbale simple (un peu, beaucoup, …). Entre 6 et 10 ans, il pourra utiliser une échelle visuelle analogique ; après 10 ans, l'enfant pourra évaluer de façon numérique sa douleur (de 0 à 10) (9).

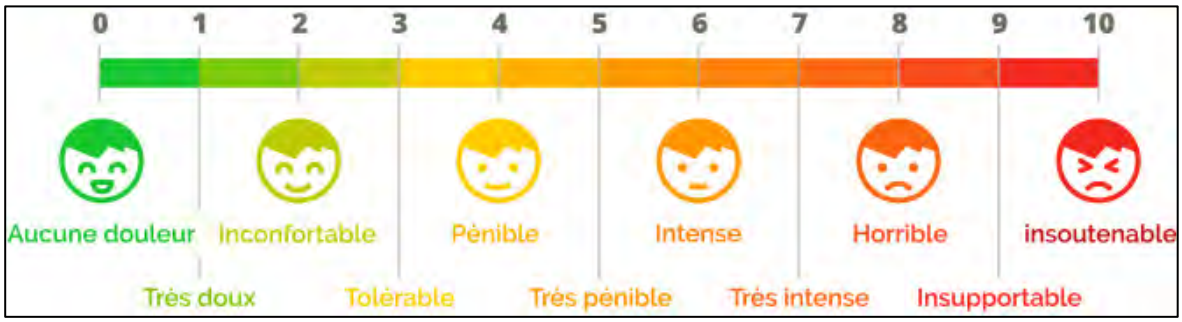

Figure 8 – EVA : Echelle en visages, en couleurs, en mots et numérique

1.3.2.4. Prévention et soins prophylactiques

La prévention bucco-dentaire fait partie intégrante du rôle du chirurgien-dentiste. Il est fort probable que la démarche de prévention ne soit pas complètement optimisée en médecine bucco-dentaire contemporaine, encore très axée sur la démarche thérapeutique. Dans la population des enfants, elle revêt pourtant un aspect crucial pour l'entretien d'une bonne santé bucco-dentaire et générale.

La prévention bucco-dentaire chez l'enfant commence lors de la grossesse. Les futurs parents seraient ainsi plus réceptifs aux conseils prénataux donnés par les professionnels de santé, bien que parfois ils s'y perdent, tant il y a d'informations. Quoi qu'il en soit, des conseils alimentaires et de bonnes pratiques de nettoyage des dents de leur futur bébé, peuvent être donnés au moment du bilan bucco-dentaire réalisé à compter du 4ème mois de grossesse.

Lors des premières visites de l'enfant au cabinet, le dentiste a un rôle d'accompagnement individualisé concernant les facteurs de risques de la maladie carieuse précoce et les stratégies préventives à adopter. Il donnera des conseils alimentaires (les sucres cachés, le grignotage, etc.) et de brossage (utilisation d'un révélateur de plaque triphasé au fauteuil, prescriptions de dentifrice fluoré, brosse à dent, etc.). Il pourra également avertir parents et enfants sur les risques des troubles de développement fonctionnels dû à la succion tardive d'objet externes (tétines, doigt, doudou, etc.).

Au fauteuil, après avoir évalué le risque carieux de l'enfant, le praticien peut également décider de réaliser des soins prophylactiques : application de topiques fluorés (vernis et gel), scellements cario-préventifs et thérapeutiques des sillons.

La prévention se réalise également en dehors du cabinet, sous la forme d'actions collectives. Ainsi, le praticien pourra prendre contact avec des écoles, les collèges/lycées, les structures d'assistantes maternelles, les structures périscolaire, voire même la PMI (protection maternelle infantile), afin de consacrer une partie de son temps aux interventions dans ces institutions.

1.3.2.5. Rôle du chirurgien dentiste pédiatrique

Pour résumer, le chirurgien-dentiste pédiatrique a un triple rôle sur la santé bucco-dentaire : prévenir, dépister, agir. Ceci concerne entre autres la carie de la petite enfance, le

dépistage et les actions précoces sur les dysharmonies dento-maxillaires. Le praticien peut assister à des formations qui lui permettront également de dépister et agir en conséquence face à la maltraitance infantile. Enfin, il ne devra pas oublier la prévention chez l'adolescent, à qui s'ajoutent de nouvelles problématiques et ainsi prévenir les troubles alimentaires, les risques parodontaux d'une hygiène faible, les risques liés au tabac et aux drogues.

Expert de la dent permanente immature, le pédodontiste a aussi un rôle important dans la gestion des traumatismes (en denture temporaire et mixte particulièrement).

L'enfant est un patient à prendre en charge dans sa globalité. Le praticien ne doit pas se limiter au rétablissement de la fonction, et doit prendre en considération les demandes esthétiques (notamment à l'adolescence).

C'est à l'aide d'un réseau de soin bien organisé que le dentiste pédiatrique pourra participer à la prise en charge des anomalies dentaires accompagnées ou non d'un syndrome, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Un rôle supplémentaire du pédodontiste réside dans la prise en charge de l'enfant en situation de handicap (intellectuel et moteur).

2. RECHERCHE

2.1. INTRODUCTION

L'approche centrée sur la personne dans le domaine dentaire se trouve aujourd'hui la mieux décrite par le modèle Montréal-Toulouse. Il existe trois niveaux dans la prise en charge globale du patient : individuel, communautaire et sociétal. Dans cette étude, nous allons nous consacrer à une population locale, c'est-à-dire comprendre son mode de fonctionnement, ses besoins en termes de santé bucco-dentaire chez l'enfant, et les différents blocages qu'un praticien qui voudrait s'installer pourrait rencontrer. Il nous faudra donc explorer et comprendre cette population en collectant des informations épidémiologiques, démographiques, sanitaires, sociales et politiques. En nous basant sur le modèle Montréal-Toulouse, nous irons au contact des collectivités locales, des organisations communautaires, des travailleurs sociaux de l'enfance, des dentistes locaux afin de les questionner sur leur perception de la santé bucco-dentaire. Le niveau méso du modèle biopsychosocial a pour objectif d'entretenir des partenariats afin de développer des interventions sociales permettant d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population cible. Nous discuterons donc de ces possibilités en fin d'étude.

La description du modèle Montréal-Toulouse étant récente, aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée afin de mettre en pratique ce guide biopsychosocial au niveau communautaire.

Le but de cette étude est **d'ouvrir le chemin vers la construction d'un guide destiné aux praticiens souhaitant s'installer dans un endroit géographique particulier et voulant inclure un modèle biopsychosocial dans leur pratique**. Notre étude permet de présenter les différentes étapes à suivre pour aspirer à une pratique centrée sur la personne au niveau communautaire : compréhension, prise de décision et intervention. La population étudiée comprend tous les enfants de la région de Mirande. Nous allons donc nous intéresser à leur mode de vie, leur prise en charge actuelle et future. Sur le plan sémantique, précisons ici que le terme « communautaire » est employé pour décrire un niveau collectif d'étendue géographique limitée à l'intercommunalité ; il n'est pas utilisé pour décrire toute forme de « communautés » (associatives, religieuses, politiques, etc).

2.2.MATERIEL ET METHODE

Nous allons détailler dans cette partie le matériel et la méthode conçus pour réaliser une recherche qualitative.

2.2.1. CONCEPTION ET ECHANTILLONNAGE

2.2.1.1. Choix du lieu

Afin de répondre au but de notre étude, nous avons choisi comme lieu la commune de Mirande, dans le Gers. Avant tout, à titre personnel, ce lieu pourrait être un potentiel futur lieu d'exercice. Ce choix relève d'une réflexion à propos de plusieurs points: la proportion d'enfants non négligeable, la potentialité de l'échantillon par le nombre, et le fait que nous ayons des personnes de notre entourage qui ont grandi dans cette ville, nous permettant ainsi d'avoir un pilier dans la réalisation de l'étude et de notre future pratique.

Ainsi, Mirande était un choix logique puisque nous voulions réaliser la recherche en zone sous-dotée en dentistes, et plus particulièrement dans le Gers. De plus, Mirande, sous-préfecture du département, est le bassin de vie du cœur d'Astarac, elle est active en termes d'associations, de politique et d'éducation. En effet, on compte la présence de nombreuses institutions dédiées à l'enfance : 9 scolaires et 5 périscolaires. Nous avons donc un public bien dessiné quant aux soins et à la prévention bucco-dentaire pédiatriques.

Du reste, nous avions quelques contacts et connaissances sur place en cas de blocage lors de notre investigation.

2.2.1.2. Choix de la méthode qualitative

Nous avons choisi de réaliser l'étude en utilisant une méthode qualitative. Nous souhaitions que l'aboutissement de cette étude soit une feuille de route, une aide aux futurs praticiens afin de comprendre les besoins de soins de la population locale selon les critères du niveau méso du modèle biopsychosocial Montréal-Toulouse. Ainsi, il était important de nous impliquer directement, et d'être au plus près de cette population pour en apprécier son ressenti. Pour cela, nous avons réalisé une étude de cas de la population locale.

La méthode qualitative nous a permis d'obtenir un pool de données bien plus riches qu'un questionnaire standard (10). Cette méthode nous permet de nous perméabiliser aux

différents évènements, et au contexte dans lequel se trouve la population, « *là-où la méthode quantitative décontextualise les comportements humains* », selon C. Bedos et ses collègues (10).

Ainsi, nous avons recruté les retours d'expériences, les ressentis de nos participants pour mieux en appréhender le contexte politique et médical de la ville.

Dans cette étude, les données ont été collectées par observation et entrevues semi-dirigées. Cela nous a permis de capter ce qui est difficilement observable, en profondeur.

2.2.1.3. Choix des participants

Nous avons interrogé dans cette étude deux pools de participants :

Phase 1 : D'une part, ceux que nous avons nommés « interlocuteurs sociaux » : ils devaient être au contact des enfants et des familles ou en lien avec la politique locale de santé et de l'enfance. Ainsi, chacun des participants de ce groupe est un « représentant » de l'institution dans laquelle il travaille. L'objectif des entretiens était de comprendre le contexte et le point de vue de personnes externes aux soins bucco-dentaires.

Phase 2 : D'autre part, nous voulions interroger des « interlocuteurs acteurs de la santé bucco-dentaire » afin de faire un état des lieux de la prise en charge en odontologie pédiatrique et cerner les besoins de soins dans la région de Mirande.

L'ordre de déroulement des phases était important afin d'ouvrir au maximum le champ d'investigation, tenant compte du fait que l'investigatrice est elle-même, actrice de la santé bucco-dentaire.

Nous avons donc défini les critères d'inclusion suivants :

- Groupe 1 :
  - Age > 18 ans
  - Responsable, ou employé au sein d'un établissement scolaire ou périscolaire
  - Ou employé de la mairie de Mirande
- Groupe 2 :
  - Acteur de la santé bucco-dentaire à Mirande ou dans le Gers.

Les participants ont été recrutés au fur et à mesure de l'avancement de notre étude. Un consentement oral a été recueilli pour chaque entrevue.

2.2.2. PROCEDE

2.2.2.1. Phase 1

Nous avons dans un premier temps, contacté les institutions par e-mail, puis par téléphone pour diversifier au maximum les sources d'information. Nous nous sommes présentés, avons expliqué notre démarche de recherche et avons demandé si une rencontre ou une entrevue à distance (compte tenu de la situation sanitaire liée au Covid-19) était possible dans des délais acceptables avec le responsable de l'établissement ou, le cas échéant, un employé.

Nous avons alors enregistré des entretiens avec le dictaphone de notre téléphone, en présentiel et/ou en distanciel. Nous avons également pris des notes d'observations durant les entrevues. Nous gardions également la possibilité de prendre des notes à la volée durant des appels téléphoniques non prévus.

Les trois premières entrevues nous ont permis de redéfinir le cadre et d'ajuster nos questions ouvertes. Nous avons clôturé l'apport de nouvel entretien lorsque la saturation des données a été atteinte.

Dans l'ordre, nous avons ainsi contacté :

- Le service dédié à l'enfance de la mairie. Il nous a donné les coordonnées de l'adjoint au Maire chargé de l'enfance et de la jeunesse
- Les écoles maternelle et élémentaire publiques
- L'école privée (maternelle et élémentaire)
- La crèche, qui lors de l'entretien nous a mis en relation avec la chargée de l'enfance, jeunesse et périscolaire de la communauté de commune qui elle-même nous a mis en relation avec le relais d'assistantes maternelles.
- Le collège qui nous a mis en relation avec l'infirmière scolaire du collège et des lycées.

Nous n'avons pas pu, pas réussi ou eu le temps de contacter la PMI d'Auch et les centres aérés.

Voici la liste des sujets que nous souhaitions aborder, tout en laissant la possibilité à nos participants de dévier sur les éléments qui leur semblaient importants (intérêt de l'entretien semi-directif) :

- Répartitions des classes socio-économiques dans la région,
- Evaluation de la politique de santé publique de la commune,
- Evaluation des mesures de santé publique mises en place dans les dernières années (ou pas),
- Evaluation de la santé générale et bucco-dentaire des enfants inscrits dans l'institution,
- Ressenti concernant les moyens de prévention mis en place au sein de la structure,
- Formation ou non du personnel de la structure vis à vis de la santé bucco-dentaire,
- Informations concernant les habitudes alimentaires, hygiène de vie, politique concernant les tétines (pour les structures de la petite enfance),
- Evaluation du ressenti de la prise en charge bucco-dentaire actuelle des enfants au sein de la commune,
- Évaluation du ressenti d'un besoin potentiel de dentiste pédiatrique au sein de la commune.

2.2.2.2. Phase 2

De la même façon qu'en phase 1, nous sommes rentrés en contact avec les acteurs de la santé bucco-dentaire de Mirande et du Gers par e-mail et téléphone. Nous avons également tenté d'approcher les éventuels participants en allant directement sur place. Après beaucoup de refus, nous avons usé de notre réseau de connaissances afin de discuter avec ceux qui feront effectivement partie de nos participants.

Les questions furent redéfinies au fur et à mesure, elles concernaient d'abord l'organisation générale des soins dentaires dans le Gers, dans la ville, toutefois, la plupart étaient ciblées sur la prise en charge de l'enfant au sens propre. Nous avons peu posé de questions au cours de cette phase, les participants ont surtout témoigné d'eux même sur le sujet.

Nous notons que nous n'avons pu avoir de discussion avec un chirurgien-dentiste qui exerce actuellement dans la ville, nous supposons donc au fil de l'étude que les conditions de prise en charge des enfants dans le cabinet n'ont pas changé.

2.2.3. ANALYSE

Les entrevues enregistrées à l'aide du dictaphone de notre téléphone, ainsi que les notes et observations relevées, ont été transcrites et analysées au fur et à mesure. La transcription et l'analyse se sont faites sur le logiciel Microsoft Word 2011.

Nous avons réalisé une analyse thématique des données en usant d'une méthode qualitative manuelle, sans utilisation de logiciel dédié. Ainsi nous nous sommes plongés dans les données, avons mis en place un code (transcrit, tableau et couleur), avons créé des catégories afin d'en identifier les grands thèmes (10).

Nous avons groupé les thèmes communs des participants en utilisant un code couleur pour souligner leur propos. Pour chaque nouveau thème abordé par un participant, nous ajoutons une couleur. Dans un tableau récapitulatif, nous avons transcrit les thèmes sous forme de code écrits afin de synthétiser (nous savions alors quel participant avait parlé de telle ou telle idée). Ainsi, nous avons pu identifier les données communes aux différentes entrevues. Nous avons pu ainsi regrouper ou distinguer les idées, puis les classer.

Les données des phases 1 et 2 ont donc été mixées afin d'en retirer des thèmes logiques.

2.3.RESULTATS

Les caractéristiques des participants aux entrevues sont décrites dans la Figure 3. La durée des entretiens est comprise entre 20 et 45 minutes par participant. Nous avons constaté un entrain important concernant les participants « sociaux » et « politiques », première marque d'un besoin collectif déjà identifié par les participants non professionnels de santé. Nous avons donc pu interroger des employés de 5 structures scolaires différentes (école maternelle publique (SCO1), école élémentaire publique (SCO2), école primaire privée (SCO3), collège-lycée (SCO4)), 1 employée en crèche (ENF1), 1 employé du relais d'assistante maternelle (ENF2), l'adjoint au maire responsable de l'enfance (MaiR1) ainsi que la responsable de la jeunesse de la communauté de commune (MaiR2).

Toutefois, nous avons été confrontés à un blocage important lors de la seconde phase. En effet, il n'a pas été possible d'échanger avec les professionnels de la santé bucco-dentaire de la ville, en dépit de courriels, d'appels téléphoniques et de déplacement physique sur site.

Nous avons utilisé notre réseau de connaissances personnel pour recueillir de l'information relative à l'activité des chirurgiens-dentistes. Nous avons pu parler au président du Conseil de l'Ordre départemental des Chirurgiens-dentistes (PS1). Les autres acteurs du métier que nous avons interrogés ne travaillent plus à Mirande (PS2 et PS3). Nous avons enfin pu discuter avec une employée de la croix rouge (PS4) s'occupant du projet de bus dentaire.

Caractéristiques	Données	Nombre
Genre	Féminin	8
	Masculin	4
Age	18-24	0
	25-34	1
	35-44	2
	45-54	6
	55-64	1
	65+	2
Activité	Professionnel de santé	5
	Enseignant	3
	Employé de Mairie	2
	Employé puériculture	2

Figure 9 - Caractéristiques des participants

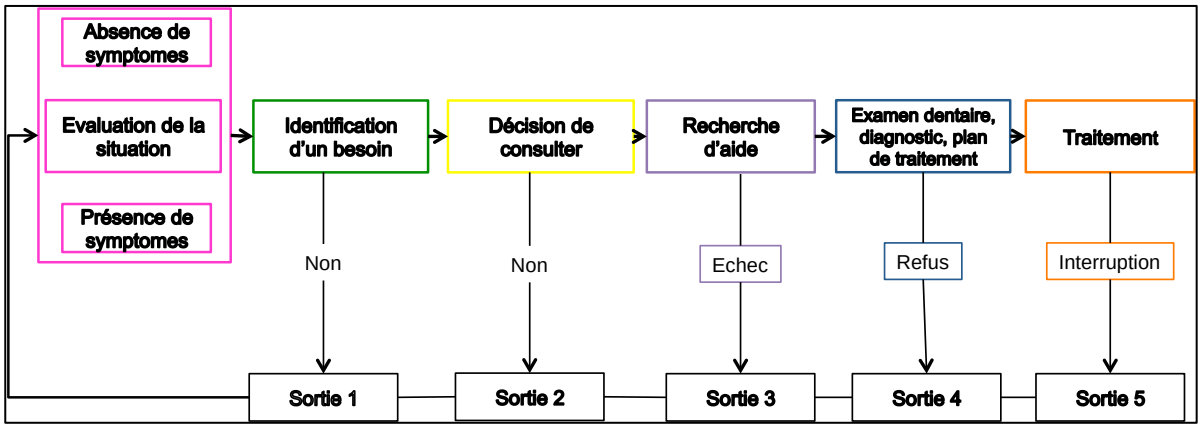

Figure 10- Itinéraire thérapeutique de Grembowski

Le plan de nos résultats est inspiré de l'itinéraire thérapeutique dans les soins dentaires, révisé par David Grembowski en 1989 (11). Cet itinéraire relate les différents moments du parcours thérapeutique au cours desquels le patient peut sortir de la chaîne, et par conséquent, ne pas se faire soigner. Nous avons repris et adapté ce schéma au niveau méso du modèle biopsychosocial. Les thèmes abordés par nos participants sont ainsi retrouvés tout au long de l'itinéraire. Certains de ces thèmes représentent des portes de sortie majeures.

Nous ferons donc d'abord part, selon nos participants, de l'état dentaire perçu des enfants de la ville de Mirande, avant de relater des déterminants de la capacité d'identification du besoin dentaire et de la décision de consulter un dentiste. Nous nous attarderons sur les différentes offres qui sont disponibles dans le secteur, et comment la population peut chercher de l'aide. Enfin, nous détaillerons la prise en charge des enfants dans la ville et les nombreux freins à cette dernière.

Dans ce contexte de désert médical, les habitants ressentent un vrai manque dans le corps médical qui impacte leur santé et celle de leurs enfants. La politique de santé publique pourrait être un véritable tremplin à la prévention bucco-dentaire mais se heurte à un important manque de moyens et de ressources. Ainsi, les participants s'accordent sur le fait que l'arrivée de jeunes praticiens et la prise en charge exclusive de l'enfant dans les soins bucco-dentaires, permettraient de donner un nouveau souffle à la ville.

2.3.1. ETAT BUCCO-DENTAIRE

Pour comprendre les diverses solutions qu'ont les habitants, et plus particulièrement les enfants de la ville, concernant le chemin thérapeutique dans les soins dentaires, nous allons d'abord nous intéresser à la vision qu'ont nos participants concernant l'état général et bucco-dentaire des jeunes.

La santé bucco-dentaire des jeunes mirandais est alors indissociable, selon eux, des habitudes et de l'hygiène.

D'abord, la vie rurale donnerait un cadre de base plus sain que celui de la cité.

« Je pense que ce sont des enfants qui se portent bien, ils ont une robustesse », SCO4.

« Ils ont des conditions de vie plutôt cool, tu vis à la campagne ils ont moins de pollution, il y a moins de tentations que quand tu vis dans une grande ville. J'ai trouvé les enfants à Toulouse en moins bonne santé que ceux dans le Gers, ça c'est sûr. », PS3.

« Nous, ici à la crèche, je trouve qu'on reçoit des enfants en bonne santé générale. On n'a pas d'enfants allergiques », ENF1.

L'alimentation est un sujet souvent abordé. D'une part, nous retrouvons un régime alimentaire sucré, au niveau du petit déjeuner et du goûter dans les classes maternelles, élémentaires et au collège/lycée.

« Le petit déjeuner est souvent très sucré. Les petits déj c'est la cata. Et ça concerne les populations aisées et précaires. Après dans le Gers il y a pas mal de familles qui se sont tournées vers le bio. Ceux-là sont beaucoup plus sensibilisés à la diététique, bien que bio ne veuille pas dire sans sucre, ils ont quand même un choix plus sensibilisé. Par exemple, dans les céréales ils vont plutôt manger du muesli, alors que les autres céréales ils vont appeler ça les chocapic. », SCO4.

« Il y a très peu d'enfants qui ont des fruits, très peu d'enfants qui ont du pain et du fromage, il n'y a pratiquement que des goûters industrialisés ramenés de la maison. », SCO2.

Concernant la petite enfance, il s'agit d'habitudes que les enfants ont avec leurs parents. Notamment dans la petite enfance, dans laquelle l'habituation au biberon ou au lait présente un problème.

« Parce qu'il y en a des enfants qui ont besoin de lait chocolaté, de jus d'orange ou de sirop pour s'endormir. », « Un biberon n'est pas un doudou, ça doit avoir une fonction nourricière. », « Alors des allaitements à la demande, oui, jusque tard, oui. Là, c'est un sujet un peu compliqué, parce que l'allaitement, au-delà d'un certain âge, ne remplit plus sa fonction première qui est de nourrir. », ENF2.

La plupart des enfants arrivent dans les structures en ayant pris leur petit-déjeuner, cependant il reste un certain nombre d'élèves qui petit-déjeunent dans l'établissement.

« Les enfants qui arrivent à 7h30 en temps de garderie, ils ont droit d'amener un en-cas de petit déjeuner mais qu'ils doivent consommer avant la classe à 9h. », SCO1.

« Globalement, la plupart ont déjà fait le petit déjeuner avant d'arriver le matin, sauf exception. On ne fait pas de petit déjeuner. », ENF1.

« Il y a des enfants qui ne déjeunent pas et qui ont faim. Je sais qu'il y a des enfants qui arrivent à 7h15 à la garderie, ils n'ont pas déjeuné, donc ils ont faim. Et ils mangent à la récréation. », SCO2.

En effet, cette alimentation sucrée provient du foyer. Dans les structures scolaires et périscolaires, les aliments mis à disposition des enfants sont contrôlés, peu sucrés, et équilibrés. Les collations ont été supprimées par les institutions, diminuant le grignotage.

« Nous, dans la structure on ne met pas de sucre, on n'achète pas de gâteaux sucrés. Par rapport à la PMI, etc, ils sont jeunes, par rapport à la découverte alimentaire, même le yaourt nature est donné nature, sans sucre. Eventuellement, on a les tartines du goûter avec le beurre et la confiture mais on est assez rigoureuses par rapport à l'apport de produits sucrés chez les enfants », ENF1.

« Au niveau de l'école, nous avons supprimé la collation du matin. », SCO1. « Ils ne grignotent pas dans la matinée normalement, on leur interdit ça. Avant, ils avaient tous un goûter à 10 heures. Aujourd'hui on essaie vraiment de limiter au maximum. Parfois, c'est compliqué, ils ont leur goûter dans le sac. », SCO4.

« On fait juste une fois par mois un goûter pour les anniversaires. Mais en revanche, on a même écrit dans notre règlement intérieur qu'on interdit formellement les bonbons. », SCO1.

« A un moment donné, on faisait un temps collation le matin, on le faisait tôt vers 8h30-9h, car on déjeunait tôt, vers 11h30-12h. C'était vraiment collation fruit, eau… Mais comme ils arrivent tous vers 8h15-8h30 et qu'ils ont petit-déjeuné, on ne le fait plus. On avait donc suivi les conseils de la PMI qui nous incitait à ne pas faire la collation le matin. », ENF1.

Le moment scolaire de la cantine a une grande importance dans l'équilibre alimentaire des enfants de la ville.

« C'est un self service avec menu unique, avec le choix de l'entrée et du dessert. Je préfèrerais que les crudités soient systématiques, et toujours un fruit à côté. Il y a des efforts de faits mais dans l'équilibre du menu lui-même, l'équilibre est peut être fait sur la semaine mais pas forcément sur le menu même. », SCO4.

« A la cantine, c'est relativement équilibré, mais je ne sais pas, je n'y mange pas. Mais les menus qu'on voit passer, sur la semaine, ça paraît équilibré. », SCO1.

« Les temps des repas c'est le midi et au goûter. », ENF1.

A la crèche, une attention particulière est mise sur la bouche. En effet, en bas âge, les enfants souffrent de douleurs d'éruption, et ainsi le personnel est très tourné vers le bien être bucco-dentaire.

« Certains vont somatiser par des érythèmes fessiers, des fièvres lors du pic, puis ça passe. Et d'autres ont des douleurs. », « Nous ici, on fait beaucoup de massages avec des gels calmants à l'arnica, du camélia, des choses à l'homéopathie. Nous nous massons à la crèche si douleurs », « Ils salivent, ils prennent conscience de la relation à leur bouche. », ENF1.

L'arrivée à l'école désindividualise la prise en charge de l'enfant. Ainsi, les participants du milieu scolaire ont un discours plus désapprobateur. Seul un nombre très restreint d'élèves, voire aucun en fonction des établissements, se lave les dents après le repas du midi. Ainsi, l'hygiène dentaire et les habitudes de brossage sont soulevées par les différents intervenants. Apporter sa brosse à dent à l'école ne fait pas partie des mœurs.

« Il n'y a pas d'enfant par exemple qui se lave les dents entre midi et deux, même quand ils portent un appareil et qu'il devrait se les laver. Au début, quand ils sortent de chez l'orthodontiste, ils amènent leur petit matos, mais après ils arrêtent. », SCO2.

« Aucun enfant ne se brosse les dents le midi, ça c'est sur. Je n'ai pas souvenir en 20 ans qu'un jour on me l'ai demandé. », SCO1.

La répercussion d'un manque d'hygiène dentaire et alimentaire se voit sur un certain nombre d'enfants. Cela reste toutefois très inégal en fonction des familles.

« Ça peut être la cata comme vraiment nickel. Après, un enfant avec une petite carie, pour moi ce n'est pas une cata. », PS3.

« Je pense à deux familles qui parlent souvent des dents, dont les enfants se plaignent régulièrement d'avoir mal aux dents. », SCO2.

« Les caries dentaires dans les 6ème que je vois: soit il n'y a pas de carie, soit il y en a 4 ou 5. Donc soit ça va, soit c'est des polycaries, d'une façon générale. Chez les polycariés, le brossage est quasi inexistant. », SCO4.

« Pour certains, on le sait, on a remarqué certains qui ont les dents en très mauvais état. », « Les douleurs on les remarque toujours chez les mêmes enfants, les mêmes familles. Après on en a quand même plusieurs, même si ça n'est pas une majorité. Moi j'ai été choquée certaines fois, des enfants, même plus avec les dents noires mais vraiment, même plus des dents, juste des petits morceaux. », SCO1.

La valeur accordée par les enfants à leur santé bucco-dentaire est donc dépendante du cadre familial mais également du cadre relationnel. En effet, plus on monte en grade scolaire, plus des moqueries concernant le manque d'hygiène dentaire et les appareils dentaires sont constatés. La prise en charge individualisée de l'adolescent est donc primordiale pour une bonne intégration sociale. Les avis restent cependant partagés concernant la visibilité sociale de l'hygiène bucco-dentaire.

« En maternelle il n'y a pas trop de moqueries. Ça peut arriver mais c'est plus un questionnement qu'une moquerie. Ils ne sont pas tendres entre eux mais pas par moquerie, je pense que ça vient plus tard. Et plus tard c'est très dur [par expérience personnelle]. », SCO1.

« L'hygiène bucco-dentaire n'est pas une cause de moquerie parce que ça ne se voit pas. », SCO2.

« [En parlant des moqueries] Il n'y en a pas. Sur d'autres sujets, oui, un petit peu mais concernant la bouche non. », SCO3.

« Oui, si un élève a une mauvaise haleine ou quoi que ce soit, vous le savez vite. Les rumeurs avec toutes les insultes qui vont avec, et fusent. On a intérêt à travailler avec l'enfant et l'aider. On ne les laisse pas dans cette souffrance là, même pour les poux ou l'hygiène corporelle. Il faut agir vite, pour éviter qu'il soit traumatisé, on essaie de l'accompagner et de faire bouger les choses. », SCO4.

L'orthodontie est également abordée par nos participants, notamment durant le collège et le lycée.

« Au lycée, il y a de plus en plus de jeunes qui ont des appareils dentaires, ils s'y prennent tard. C'est important qu'il y ait un suivi au collège à ce niveau pour éviter qu'au lycée ils rechignent à en mettre. Si les appareils sont mis tôt et jeunes, au lycée ils sont débarrassés. », SCO4.

Le dernier point concernant les habitudes de vie des enfants qui a été abordé est l'usage des tétines.

Les participants observent cette habitude jusqu'à la fin de l'école maternelle. De façon assez générale, le personnel éducatif essaie de limiter au maximum les moments « avec », et s'oriente vers des activités ludiques diversifiées, qui font oublier la tétine aux très jeunes enfants. En revanche, jusqu'à la fin de la crèche, cela reste une pratique très habituelle, et est observé un grand nombre d'enfant qui a la tétine, au moins pour dormir et dans les moments de réconfort.

« Soit on la cale dans la bouche de l'enfant dès qu'il commence à manifester une quelconque émotion. Soit on voit aussi des grands, qui on la tétine tout le temps. Je sais que les Assistantes Maternelles sont sensibilisées parce qu'il y en a beaucoup, au domicile, qui mettent en place un rituel. Quand on joue, la tétine on la pose et si on a besoin pour dormir alors ok. La tétine a quand même un côté réconfortant, comme le doudou. Mais en aucun cas la tétine reste toute la journée dans la bouche parce que sinon, même elles n'en peuvent

plus. Déjà la tétine, pour communiquer c'est compliqué, et elle ne remplit pas la fonction première pour laquelle elle a été prévue, à savoir un besoin de succion. », ENF2.

« Par rapport à la tétine ici, nous allons être surtout au moment du repos. Sauf si l'enfant n'est vraiment pas bien, sinon quand ils ne dorment pas, ils posent leurs tétines et ils jouent. Ils n'ont pas tout le temps la tétine à disposition. Nous ne sommes pas strictes par rapport à ça, plutôt flexibles. On essaie de faire plus dans le jeu, dans la découverte d'autres choses. », ENF1.

« Sur le temps de classe, ils ne l'ont pas nécessairement mais en revanche on leur laisse pour la sieste. Ceux qui en ont besoin pour dormir, on la laisse. Mais sinon, sur le temps de classe, elle est rangée; C'est vraiment s'il y a un gros chagrin. On suit les parents et les enfants, on n'a pas marqué dans le règlement intérieur l'interdiction des tétines », SCO1.

2.3.2. IDENTIFICATION DU BESOIN

Dans l'optique d'identifier leurs besoins en termes de santé bucco-dentaire, les enfants, d'une part, les parents et professionnels de l'enfance d'autre part, sont censés avoir les outils. La prévention bucco-dentaire, les visites dans les écoles, le rôle éducatif des parents et des adultes en général sont des outils efficaces à la capacité de comprendre la présence d'un besoin. Dans cette partie, nous comprendrons que la sortie de l'itinéraire thérapeutique peut se faire dès cette étape, puisque les moyens mis en œuvre à l'identification d'un besoin dentaire sont très peu développés à Mirande.

Toutes les habitudes d'hygiène et d'alimentation ne sont pas acquises par l'enfant. Nous nous sommes intéressés aux différents moyens de prévention mis en œuvre auprès de cette jeune population, qu'ils proviennent des interventions scolaires, du personnel éducatif ou des parents. Nous avons découvert, qu'à Mirande, la prévention bucco-dentaire est loin d'être la priorité des institutions, et présente de nombreuses failles que nos intervenants dénoncent, et essaient de faire évoluer.

D'abord, nous nous sommes intéressés aux interventions scolaires et périscolaires. Depuis quelques années, et encore plus depuis la pandémie de COVID-19, le nombre d'interventions a considérablement diminué, quitte à pratiquement disparaître dans certains établissements.

« On est un peu en manque d'information et d'accompagnement concernant la santé. Il n'y a pas de médecin qui fait des interventions, qui vient voir les enfants, etc. », ENF1.

Les centres périscolaires permettent de relayer des informations de façon ludique, mais aucune intervention ne concerne la santé bucco-dentaire à proprement parler. Cependant des ateliers concernant l'alimentation peuvent être déployés, notamment par le biais du CPIE (Centre permanent d'initiative pour l'environnement).

« L'alimentation, oui, dans le cadre du CPIE. Ils font des ateliers pour les enfants et aident les adultes à réaliser des choses écologiques, du savoir sur l'environnement, l'alimentation, la nature. », MaiR2.

A l'école maternelle, une visite médicale obligatoire est mise en place en classe de moyenne ou grande section, en fonction des années.

« Cette visite médicale est faite une fois en moyenne section, et après chez les grands, avant elle était faite aussi. Dents, taille poids, ouïe, vue, etc. Cette année, seuls les moyens ont vu le médecin. L'année dernière, on a fait passer un questionnaire et en fonction des réponses, le médecin disait s'il voulait voir tel ou tel enfant. », SCO1.

A l'école primaire, tout dépend de l'établissement, mais de façon générale, les dentistes se déplacent peu à Mirande pour faire de la prévention.

« [En parlant des interventions scolaire sur le sujet bucco-dentaire] Non. Il y a bien longtemps, quelqu'un était venu une fois ou deux, je ne me souviens plus qui c'était. », SCO3.

« Nous ce qu'on fait, c'est de faire venir jusqu'à l'année dernière, des dentistes bénévoles pour présenter et regarder les dents des enfants. Cela se faisait une fois à l'année, pour les petits seulement CP/CE1. Nous n'avons plus d'infirmière scolaire depuis longtemps. Nous avions une infirmière qui intervenait sur les dents et la sexualité chez les CM. », « Au niveau des dents, on nous demande chaque année quels sont nos besoins, il y a des interventions, mais on n'a peu de monde, sauf pour les CP/CE1 où l'on demande quand même une intervention sur l'hygiène bucco-dentaire. » , SCO2.

Dans les écoles publiques, l'absence depuis quelques années d'infirmière scolaire est une explication intéressante quant au manque d'information et de prévention relayée auprès des enfants en termes de santé bucco-dentaire.

« La prévention globale sur la santé a régressé depuis le départ de l'infirmière. », SCO2.

« A un moment donné, on avait l'infirmière du collège/lycée [qui intervenait aussi à l'école primaire] mais elle ne vient plus [à l'école primaire]. », MaiR1.

Au collège, l'infirmière scolaire réalise une intervention tous les ans aux sixièmes ainsi qu'une visite médicale. Durant plusieurs années, des dentistes l'accompagnaient pour l'intervention, et des démonstrations de brossage étaient réalisées. Aujourd'hui, cela ne semble plus être le cas.

« Le travail de prévention en primaire est très important. Il faut une éducation, la théorie c'est bien mais il faut leur expliquer », « Moi je le fais à chaque rentrée de sixième. En revanche après, et au lycée, il n'y en a pas. Mais c'est vrai que même si on le fait vraiment bien en sixième, ça serait bien d'avoir une piqûre de rappel. », SCO4.

Toutefois, il n'existe pas de moment fort de prévention après la sixième, ce qui est soulevé par l'infirmière.

« Mais ce n'est pas la prévention à laquelle on pense au lycée, il y a d'autres problématiques auxquelles on pense avec le harcèlement, la sexualité, etc. Mais on gagnerait à faire de la prévention. », SCO4.

Pourtant, il existe bien d'autres projets de prévention dans la ville. Toutefois, il faut des contacts, des gens dynamiques et motivés pour venir faire des interventions dans les classes. La ville se sent démunie depuis quelques temps concernant le relais d'information sur la santé dentaire.

« Il nous manque des relais. La prévention routière existe, il y a des gens qui viennent, pour l'alcool au volant, on avait une voiture crash. Je me souviens, à une époque quand j'étais directeur de l'école, les dentistes venaient, ils regardaient les gamins et donnaient un avis médical. Y'a eu une opération à un moment donné. Ca existait. C'était de l'initiative des dentistes je crois, mais ça n'a pas duré longtemps. Après ça s'est arrêté. Ils offraient une brosse à dents. Des choses comme ça. », MaiR1. « On manque de relations à l'échelle régionale, on n'a pas assez de visibilité. Il faudrait une campagne de prévention. Qu'ils remettent ça en place, de façon nationale. Il faudrait que ça soit lancé par la faculté ou par l'ordre des chirurgiens-dentistes. », MaiR1.

Malgré ce manque d'intervention en milieu scolaire, il existe dans le programme de second cycle une partie dédiée à la bouche, à l'anatomie dentaire et à l'alimentation. Certains professeurs en profitent pour faire de la prévention au cours de cet enseignement.

« Et à ce moment là, en CE2, on voyait les dents, avec l'anatomie et l'hygiène bucco-dentaire. J'avais un tout petit peu de matériel pour leur montrer comment se brosser les dents, je leur montrais des vidéos. Bon maintenant c'est mon collègue qui gère ça en CE2. », « Concernant l'alimentation et l'équilibre alimentaire, on a un module aussi. Une année on avait pris des aliments et calculé le taux de sucre dans les aliments et la proportion que ça représentait en morceau de sucre. Là, ça leur parlait bien. Le tableau est toujours affiché dans le couloir d'ailleurs. », SCO3.

« En cycle 2, on va parler des dents, de l'alimentation. Chez les grands en revanche, on va parler plutôt de harcèlement, internet, la sexualité », SCO2.

Les établissements scolaires font également passer des informations concernant l'alimentation, durant la semaine du goût.

« « En découverte du monde, on parle de l'alimentation, Quand on travaille sur le goût, on parle des différentes catégories alimentaires qu'il faut équilibrer le goût, on sensibilise à l'équilibre alimentaire sur la semaine du goût. », SCO1.

Le personnel de l'éducation a donc un rôle important dans le relais d'information quant à la santé, et en particulier dentaire.

D'une part, il joue une part déterminante dans l'information aux familles et aux enfants à propos de l'alimentation. Chez les tout petits, à la crèche ou à la maison avec les assistantes maternelles, on insiste sur la nécessité d'arrêter le biberon de lait avant le coucher, on prévient des différents risques de l'allaitement tardif à la demande, on fait de la prévention. Ainsi, la population des plus jeunes est favorisée concernant la prévention, car le suivi est individualisé et tourné vers le développement de l'enfant.

« Moi pour ma part, dans ma formation d'auxiliaire de puériculture, ça, le lait, c'est quelque chose qu'on nous montre. On nous montre des photos d'enfants qui auraient suivi de mauvaises habitudes au niveau du lait dans les trois premières années de leur vie, ça calme, on a bien vu. », ENF1. « On fait passer ce qu'on peut comme infos concernant l'alimentation mais après les parents en font ce qu'ils veulent. On essaie d'avoir un vrai

rôle de prévention. », ENF1. « Il y a des choses, on va appuyer auprès des parents, les risques du biberon avant de s'endormir par exemple. », ENF1.

« Je sais qu'il y a quelques années on avait fait venir un organisme qui avait fait une sensibilisation à l'alimentation. Ils avaient proposé des petits ateliers où on faisait des petits personnages en cuillères en bois. Ils donnaient des petits livrets aux familles en rapport avec l'alimentation. », ENF2.

L'école est un lieu d'échange d'information. Ce dernier se fait en classe, à travers l'enseignement du professeur, certes, mais également dans les couloirs, au self, dans lesquels des affiches concernant l'alimentation et l'importance de sa diversité sont affichées. A l'école privée notamment, un effort particulier est mis en place concernant l'alimentation, la biodiversité et l'écologie.

« Tant que j'y pense, il y a beaucoup d'affiches dans le self sur les aliments, d'où ils viennent, etc. Cette année nous avons été labellisé éco-école, on a travaillé sur la biodiversité. L'année prochaine notre projet sera de travailler sur l'alimentation et le gaspillage. », SCO3.

C'est au cours des moments scolaires ou périscolaires que sont consommés la majorité des goûters. Malgré certaines règles d'interdiction concernant la collation du matin par exemple ou l'interdiction de produits comme les chips au sein des établissements, le personnel éducatif ne peut pas vérifier les goûters de tout le monde.

« Après je pense que l'école a un rôle majeur car il y a aussi le savoir du professeur. Nous [périscolaire, centre aéré] c'est plutôt un moment de détente donc ils ne vont pas aller regarder dans le cartable, vérifier les goûters. », MaiR2.

Les enseignants, les auxiliaires de puériculture, les assistantes maternelles et tous les acteurs de l'éducation ont un lien étroit avec la Protection Maternelle Infantile, située à Auch. Cette dernière permet de leur transmettre un certain nombre d'informations et de faire office de relais avec les médecins, surtout lors de la visite médicale en maternelle. Toutefois, d'après ce que nous avons compris, peu d'informations concernant la santé bucco-dentaire sont relayées par ce biais.

« Je travaille beaucoup avec la PMI, qui sont à mon sens les mieux placés pour faire des dépistages en matière de soins dentaires. », ENF2.

« Je pense que les enfants sont quand même un minimum suivis par le biais de la PMI lorsqu'il y a des contrôles (quand ils ont 5 ans) en maternelle. », MaiR2.

De façon générale, le personnel de l'éducation, et notamment chez les 0-3 ans, prennent leur rôle d'informateurs très au sérieux. Malgré tout, il y a des limites, c'est aux parents de réellement agir, les institutions ne peuvent que transmettre les informations.

« Celles [les assistantes maternelles] qui fréquentent le relais ont l'air plutôt informées en terme d'hygiène bucco-dentaire. », ENF2. « Elles n'ont pas à le faire [le brossage des dents]. Elles peuvent surtout relayer l'information. », ENF2.

« Après, concernant la crèche, je sais que mes collègues sont assez bien formées, on a 2 auxiliaires de puériculture. Elles sont très précautionneuses, elles communiquent aussi beaucoup avec les parents. », MaiR2.

« Les enseignants peuvent faire passer des informations », MaiR1.

Cette transmission peut se faire par une discussion avec les parents chez les plus jeunes, mais également par une transmission de savoir auprès des enfants, directement en classe. Certains intervenants enseignants se sentent directement concernés par cela, notamment lors de l'enseignement scientifique.

« Ah ben pour le sucre, j'ai appris à lire les étiquettes, je leur ai fait faire des mathématiques. C'est très impressionnant d'ailleurs les taux de sucres. Après pour le brossage des dents, non je n'ai pas eu de formation, je leur montre comme moi j'ai appris, peut être que j'enseigne mal d'ailleurs… C'est de la transmission de moi à eux. », SCO3.

La prévention quant au risque de développement si l'utilisation de la tétine dure trop longtemps est aussi réalisée par le personnel de la petite enfance. Des moyens sont mis en place au cours du temps de crèche ou avec l'assistante maternelle pour réduire progressivement jusqu'à l'arrêt de la tétine. L'avis des parents est évidemment pris en compte, mais des efforts de prévention et d'action sont réalisés par le personnel.

« Je sais que les AM sont sensibilisées parce qu'il y en a beaucoup, au domicile, qui mettent en place un rituel. », ENF2.

Au collège et au lycée, c'est essentiellement l'infirmière scolaire qui a ce rôle de prévention. Toutefois, elle couvre 9 établissements dans la région de Mirande, et trouve peu

de temps pour réaliser correctement cette transmission d'information aux élèves. Les élèves internes sont les seuls qui bénéficient d'un suivi personnalisé par l'infirmière. La participante a montré une vraie frustration à tout ceci.

« L'internat a son intérêt dans les cas de précarité car on peut travailler de façon plus individualisée, même sur l'hygiène. », SCO4.

« Je suis à 80 %, j'ai 9 établissements et je suis toute seule sur ces établissements. Donc clairement, je ne fais pas la prévention comme il faut. D'une manière générale, je ne fais pas mon travail comme j'aimerais et comme je le conçois. Je ne travaille plus que dans l'urgence. C'est difficile. Très peu d'éducation à la santé, ça me désole, c'est quelque chose que j'affectionne », SCO4.

Toutes ces structures sont intéressantes pour faire passer des messages. Bien qu'on retrouve des bribes de prévention bucco-dentaire par-ci par-là, le relais auprès des familles pourrait être encore plus important. Encore une fois, les participants déplorent le manque de support, de connaissances et de moyens.

« En fait, on fait des choses ludiques, on fait passer plein de choses mais les termes qu'on aborde vont être plutôt en lien avec la propreté, l'alimentation, le sommeil, l'école, l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite soeur. Je ne me suis jamais dit "tiens on va faire quelque chose en rapport avec l'hygiène dentaire. », ENF2. « Moi je vais parler de la motricité fine, du sommeil, du danger des écrans, ce sont des choses auxquelles j'ai été sensibilisé déjà. Mais ça serait très intéressant de voir ce qu'on pourrait mettre en place, du matériel pour transmettre l'information. Montrer comment on peut commencer à brosser les premières dents qui poussent. », ENF2.

« On est un bon vivier si on devait utiliser notre structure pour faire de la prévention. Notamment par mail, on a accès au mail des familles, on peut leur faire passer des informations sanitaires par ce biais là par exemple. » « on voit bien qu'on n'est pas bien intégrés, que ça soit au niveau de l'école ou des structures, on n'a pas vraiment accès à de l'information. », MaiR2.

Ce rôle inconditionnel de l'enseignant dans la prévention de la santé est priorisé ailleurs que dans la santé bucco-dentaire. Ainsi, plusieurs participants ont affirmé avoir des priorités en matière de santé à l'école, notamment depuis 2020 et l'arrivée de la COVID.

« [En parlant de la prévention bucco-dentaire] Non, en plus depuis l'année dernière, avec tout ce qui est COVID, on n'a pas vraiment le temps. On passe tellement de temps avec le lavage des mains. », SCO1.

L'éducation de l'enfant en matière de santé dentaire passe bien sûr par l'école, d'un point de vue préventif, toutefois, ce sont les parents qui permettent de mettre en œuvre et d'agir.

« Ce sont les parents qui se dédient à la santé des enfants. », ENF1.

« Ce sont les parents qui gèrent derrière, ou pas. Si on leur dit « votre enfant a besoin de soins dentaires, ou d'aller voir un psychologue, etc, ce sont les parents qui décident derrière. », SCO2.

« Et les parents m'appellent parfois, parce qu'ils sont intrigués. Mais je suis toujours ouverte pour les avoir au téléphone et les recevoir. Ce ne sont que des données, ils en font ce qu'ils veulent mais au moins l'enfant comprend et peut se prendre en charge. », SCO4.

Ainsi, l'information aux parents est primordiale, essentiellement dans la petite enfance, pendant laquelle l'enfant ne peut pas faire pas le relais entre la structure périscolaire et la famille.

« Je suis sûre que la majorité des mamans qui allaitent même jusque tardivement, n'ont pas l'information concernant le risque sur les dents », « si elles [les assistantes maternelles] ont des informations, les faire passer aux parents. Car il y a des parents qui ne voient pas l'importance de sensibiliser très tôt les enfants au lavage de dents, par des exercices ludiques des brosses à dents sympas », ENF2.

D'autre part, les parents sont responsables des enfants, ils se doivent, d'après nos participants de fournir des goûters adéquats, de vérifier le brossage des dents et de faire contrôler les dents de leurs enfants. Malheureusement, nombreux sont les constats négatifs à ce sujet.

« Il y a très peu d'enfants qui ont des goûters sains, il n'y a que de l'industriel. Avec les déchets qui vont avec. Parce que ceci fait partie d'un tout. », « Et les parents rentrent dans ces rituels. Ils pourraient dire « si, il faut que tu te brosses les dents », mais ça ne se fait pas. », « Globalement les familles prennent soins de leurs enfants mais au niveau

sanitaire, tout ce qui est lavage des mains, brossage des dents, je pense qu'il y a du laisser aller » SCO2.

« Le mec m'amène son gosse et je me suis demandé : mais a-t-il déjà regardé dans la bouche de son fils? », PS3.

Concernant la prise en charge professionnelle des dents de l'enfant, le parent est pleinement responsable de la prise de RDV, de la présence à ce RDV, des contrôles, etc.

« Je ne sais pas si tous les enfants de l'école vont déjà chez le dentiste. », « ce qu'il faudrait savoir c'est si le MT dents qu'on reçoit est vraiment suivi, parce qu'il n'y a rien d'obligatoire en fait. », « Après quand on voit des enfants avec des dents à ras, on se doute qu'ils ne sont pas allés au RDV MT dents. Mais si déjà à trois ans, les dents sont dans cet état, c'est qu'il faudrait même intervenir avant. » SCO1.

Il existe une anxiété des acteurs de l'éducation quand il s'agit de faire une remarque, ou une proposition à un parent (souvent préventive) quant à la santé bucco-dentaire (et générale) de son enfant. Ils choisissent leurs mots, ou parfois décident de ne rien dire, parce qu'ils ne sentent pas à leur place.

« Après c'est délicat ce qu'on peut dire ou pas aux parents. Et on en parle avec les enfants aussi mais parfois dire aux parents c'est compliqué. », SCO1.

2.3.3. DECISION DE CONSULTER

La décision de consulter se fait ainsi en fonction de la capacité des enfants et des parents à identifier les besoins. Cette capacité est donnée par les différentes informations auxquelles ils ont accès par la prévention. Cette étude met également en lumière le conditionnement des habitudes d'hygiène, de l'assimilation de la prévention et donc dans la décision de consulter pour une prise en charge de l'enfant, par des critères socio-économiques fortement influenceurs. Nous remarquons une grande disparité dans la santé des enfants en fonction du milieu social dans lequel il grandit.

Dans certaines familles très modestes, cette étape est souvent une porte de sortie de l'itinéraire thérapeutique.

Nous constatons en effet une différence entre milieux sociaux. A Mirande, une partie de la population est précaire. Cette précarité est accentuée par le désert médical. Le

milieu ouvrier est majoritaire, avec l'activité de Gers Équipement. L'enclave de la ville rend l'accès à l'emploi difficile, ainsi la pauvreté augmenterait de façon significative d'après la responsable Enfance et Jeunesse de la CCCAG et d'autres participants.

« Les problématiques qu'on ressort de ce diagnostic vont concerner le logement, l'accès au droit. On n'a pas de point prévention. Si on devait les classer, je dirais qu'il y a une majorité de cadres administratifs simples, des agriculteurs et des ouvriers, notamment drainés par Gers Équipement. C'est une population de personnes au ras des pâquerettes. », « Il y a quand même ici 20% de logements sociaux, donc il y a quand même une précarité non négligeable à Mirande. Ils vont créer d'autres logements sociaux, donc je pense qu'il y a à venir des enfants. », MaiR2.

« C'est à dire qu'on a une population qui se paupérise sur Mirande, du fait qu'il n'y ait pas de travail, on a beaucoup de parents de famille sans travail à l'école. Et il n'y a pas de projet dans ces familles là. », SCO2.

«C'est triste ce que je vais dire mais à Mirande il y a quand même une grande précarité. Et il y a une grosse partie où c'est compliqué. C'est vraiment tout ou rien. », PS3.

Cette précarité crée un écart significatif dans l'accès à l'information, et nos participants constatent une hygiène de vie moins favorable à la bonne santé bucco-dentaire. Le contexte rural pourrait favoriser une bonne alimentation mais les personnes en situation précaire ont tendance à garder un mode de vie sédentaire et se tournent vers une alimentation très industrialisée.

« Après, les agriculteurs, on mange mieux que dans les villes, des légumes, les produits de la terre. Mais ça n'est pas forcément vrai pour tout le monde parce que ceux qui ont des bouts de terre et qui jardinent, oui mais ceux qui décident de venir à la campagne parce que les loyers et la vie sont moins chers, ils restent dans la consommation habituelle. La précarité est importée à la campagne. Il y a du travail à faire à ce niveau-là. », SCO4.

« Après, ceux qui sont en mauvaise santé, ça passe surtout par leur alimentation. Mais c'est normal, plus ce sont des familles avec des revenus très modestes, ils vont aller sur de la malbouffe. Ils ont l'impression de faire plus d'économie en allant manger chez Mcdo que d'aller acheter des légumes chez le primeur local. », SCO3.

« Il y a une certaine surveillance mais il y a une partie des familles qui ont des conditions sociales défavorisées, et les dents ce n'est pas la priorité. », MaiR1.

De plus, nous constatons que dès le plus jeune âge de l'enfant, l'accès à l'information est disparate. En effet, les parents qui reçoivent des conseils de prévention à propos de l'allaitement à la demande, du biberon de lait ou du risque des tétines sont ceux qui accèdent aux services de puériculture (assistante maternelle, crèche, etc.). Nous nous questionnons quant aux familles qui ne travaillent pas, qui gardent leurs enfants en bas âge avec eux, à la maison : ont-ils accès à cette information ? Qui pourrait la leur apporter ? Une participante nous donne une piste à ce sujet, la PMI peut réaliser des visites aux familles, mais la prévention bucco-dentaire est-elle réalisée ?

« Après je pense que la PMI lorsqu'elle fait la visite aux nourrissons ou la visite aux familles a un volet prévention qui est assez important. », ENF2.

Ces familles défavorisées vont avoir moins accès aux soins dentaires. D'une part, par association des soins dentaires au coût monétaire ; cette croyance impacte la motivation des familles à prendre RDV. D'autre part, il peut être difficile de prendre des RDV : ainsi, malgré les invitations aux consultations et aux soins avec le programme M'T Dents, le conseil de l'ordre du Gers constate que peu de rendez-vous sont pris.

« Et puis il y a le côté financier, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne se font pas soigner à cause de ça. Ça doit dépendre beaucoup de la mutuelle. », MaiR2.

« Ce sont des démarches difficiles parce qu'il y a le fait qu'il n'y ait personne, mais il y a aussi la démarche. Prendre son téléphone, chercher quelqu'un, d'autant plus si c'est compliqué, ça n'est pas à la portée de tout le monde de faire ça. Si on n'est pas sur place, sur Mirande, ça demande un effort pour certaines personnes, ça demande une démarche de plus et tout le monde n'est pas habilité à faire des démarches. », « Quand on va chez le dentiste, pour regarder les dents, se projeter sur les soins et la santé, c'est une démarche très intellectualisée. », «Aujourd'hui, pour prendre RDV chez le médecin il faut passer par Keldoc, j'imagine que certaines familles ne sont pas en mesure de faire ça. Même si on est à l'ère d'internet, je pense que pour certaines personnes il y a besoin d'un contact, qu'on leur réponde aimablement, voilà, ils ont besoin de ça. », « Après concernant les mutuelles, je ne sais pas. Tout le monde n'a pas des mutuelles qui remboursent bien les soins des dents. A la fin, on préfère arracher les dents. », SCO2.

« Après quand on voit des enfants avec des dents à ras, on se doute qu'ils ne sont pas allés au RDV MT dents. », SCO1.

« Les gens qui font le MT dents le plus souvent, ce sont les enfants qui sont déjà suivis par un dentiste. Alors que l'idée du MT dents c'est de toucher tout le monde. On se rend compte que le dentiste c'est très irrégulier, on n'y va pas, sauf si l'enfant a mal et ne font pas toujours le MT dents. Les zones les plus défavorisées au niveau du Gers sont celles dont on a le moins de retour de MT dents. On est à moins de 50%. », PS1.

L'arrivée à l'école permettrait, en théorie, de remettre les enfants sur un piédestal, au moins en terme de prévention, à condition que cette dernière soit effective dans les établissements.

Malgré tout, nous avons fait un autre constat concernant l'écart entre les classes sociales. En effet, nous remarquons qu'au sein de l'école privée Notre Dame, la vision de la situation est assez différente des autres secteurs. La précarité n'est pas abordée, par exemple. Les professions des parents de l'établissement seraient diversifiées, toutefois le manque de travail ne semble pas être un problème. Tout à l'air d'aller bien au niveau dentaire chez les enfants de l'établissement. Plusieurs exemples sont donnés à ce sujet : ceux qui ont un appareil se brossent les dents le midi, personnes n'a mal aux dents, ils sont presque déjà tous allés voir un dentiste. Cela contraste avec tous les autres points de vue. Nous ne pourrions alors pas nous référer à cette école uniquement pour comprendre la réalité sociale de la ville. Nous avons aussi remarqué qu'un effort sur la prévention alimentaire est fait dans l'école Notre Dame, est ce vraiment un hasard ?

« Après, quand je leur en ai parlé et demandé, bon il peuvent me dire ce qu'ils veulent mais la majorité avait déjà vu un dentiste. », « Après dans ma classe, j'ai 3 enfants sur 20 qui ont un appareil orthodontique. Alors, moi j'ai des grands donc ils se gèrent, ils posent leur appareil quand ils mangent, ils se lavent les dents et l'appareil après manger. », « Ils ne se plaignent pas des dents en tout cas. », SCO3.

Le fait même d'être un enfant dans le département du Gers, à Mirande, est un facteur défavorisant quant à l'accès à la prévention et aux soins. Nos participants le reconnaissent, les enfants ne sont pas la «priorité » en matière de santé publique. En effet, la population vieillit d'année en année, et le contexte de désert médical met en danger la vie des personnes âgées.

« La population générale (les adultes) ont du mal à se soigner. Donc les enfants, ben on les oublie. Je n'ai jamais vu de campagnes de prévention pour les enfants à Mirande ou dans le Gers », SCO3.

Enfin, nous constatons qu'une disparité est visible en fonction de l'âge de l'enfant. Ainsi, les tout petits ont une prise en charge éducative plus personnalisée. Plus les enfants avancent en âge et en grade scolaire, plus le nombre d'élèves par classe augmente et moins le suivi est individualisé. Au collège, malgré une visite en sixième, si l'enfant ne fait pas l'effort d'aller vers la prévention et l'aide auprès des adultes, il lui sera sera difficile d'avoir accès aux informations.

« On va être peut-être moins pointu au centre aéré concernant les maux physiques des enfants qu'à la crèche ou elles notent tout sur un cahier, plein de détails qui nous échappent lorsqu'ils arrivent en CP. », MaiR2.

2.3.4. RECHERCHE D'AIDE

Le manque de professionnels de santé dans le département du Gers impacte toutes les spécialités médicales. Ainsi, la dentisterie n'y échappe pas, et nous ressentons une vraie demande d'aide en matière de santé bucco-dentaire. Les possibilités de prise en charge des enfants deviennent compliquées ; ils semblent les grands oubliés de la prévention et des soins dans le département. Les patients se confrontent donc souvent à un manque d'offre et sont contraints de sortir du schéma thérapeutique initial, du moins d'un point de vue local.

2.3.4.1. Défaut dans la prise en charge globale de l'enfant

La prise en charge de la population d'une façon générale à Mirande, mais c'est applicable au département entier, est réduite. La zone est sous-dotée en médecins, infirmières, dentistes et autres spécialités médicales.

« Je sais que sur Auch par exemple c'est difficile de trouver un ophtalmo, un dentiste, tout ça quoi. Je pense que c'est généralisé au département. », SCO2.

« Il y a de façon générale peu de dentistes dans la région. », ENF1.

« On voit bien qu'au niveau dentaire, c'est compliqué, ça baisse. C'est très compliqué d'avoir un RDV avec un dentiste. S'il y a qu'un seul groupe aujourd'hui, les RDV sont à trois semaines, même pour des urgences. », « MaiR2.

« On a un réel manque de professionnel de santé, on a plusieurs zones en désert médical, c'est compliqué. », PS1.

« Après oui, de toute façon sur Mirande, mais dans le Gers d'une façon plus générale, il manque beaucoup de spécialistes. », SCO3.

Les praticiens dentistes de la ville sont proches de la retraite, ce qui posera un problème dans les années à venir, cela préoccupe une majorité de nos participants.

« Il y a beaucoup d'arrêts de praticiens, et ça risque de poser des problèmes dans les prochaines années. », MaiR2.

« En plus les médecins et dentistes sont vieillissants, vont partir à la retraite et les jeunes pour venir s'installer traînent des pieds. », MaiR1.

Forcément, cela impacte négativement la prise en charge globale de l'enfant, qui est quasiment oublié dans la ville. Malgré l'ouverture récente de la maison de santé pluridisciplinaire, pour trouver un pédiatre, il faut aller sur Auch, à 25 minutes en voiture de Mirande.

« Par exemple, s'il arrive un accident à l'école, il n'y a plus de médecin qui se déplace, je dois appeler directement les pompiers. », SCO2.

« Surtout que sur Mirande il n'y a pas de pédiatre, il n'y a que des médecins généralistes qui suivent les enfants. Sinon il faut aller sur Auch ou Tarbes. », ENF1.

« Le suivi pédiatrique sur Mirande est compliqué car il faut aller sur Auch. A Mirande il y a des médecins généralistes qui peuvent remplir la fonction mais ils ne sont pas pédiatres. », ENF2.

« Évidemment, on est en désert de pédiatre aussi. Donc bon, pour avoir des conseils, on est un peu limités. », « Après, la maison de santé brasse beaucoup de disciplines médicales. Mais pas de spécialité pour les enfants, pas de pédiatre, il ne reste plus qu'une seule orthophoniste. », MaiR2.

« Après en terme de santé de l'enfant, y'a un besoin en général sur Mirande », MaiR1.

« Ils souffrent dans le Gers de ne pas avoir assez de professionnels de santé, et la priorité ce sont les anciens, c'est quand même un département avec beaucoup de vieux, on ne va pas se le cacher. », PS3.

La prise en charge spécialisée est aussi difficile d'accès dans la région.

« Il y avait 2 orthophonistes, une est partie à la retraite, il n'en reste plus qu'une, elle ne peut pas prendre en charge tout le monde. », « Par exemple à Mirande, il n'y a pas de psychologue, c'est une sous-préfecture quand même ! On a un psychologue scolaire qui passe mais il n'y a pas de praticien libéral installé à Mirande, il faut aller sur Auch. Donc imaginez les familles qui doivent trouver un transport, ça coûte cher, même l'essence. », SCO2.

« Quand je suis arrivée il y a cinq ans, on avait des structures de pédopsychiatrie. Mais là elles fusionnent, on n'en n'aura plus qu'une. », SCO4.

La politique de santé publique met de côté les actions pour les enfants, au profit de celles concernant les personnes âgées, qui représente une grande partie de la population en besoin de soin.

« Je ne dirais qu'un seul mot : inexistante [en parlant de la politique de santé des enfants dans le département]. L'UFSBD travaille un petit peu en prévention dans les écoles, mais bon avec le COVID c'était un peu compliqué récemment », PS1.

« [En parlant de la prévention chez l'enfant, dans les écoles] Il y a un peu un truc dans le monde rural c'est que toutes les choses comme ça qui ont l'air un peu « superflues », alors que ça ne l'est pas du tout, ça passe complètement au-dessus, par manque de moyen j'imagine. », PS3.

En matière de soins dentaires pédiatriques spécifiques, c'est le néant. Aucun pédodontiste n'est installé dans le département, la prise en charge sous MEOPA est inexistante, et le suivi orthodontique rare. Concernant ce dernier, les parents se doivent d'aller à Auch une fois de plus ; pour le reste, il ne reste comme option que Toulouse, pour les cas d'urgence.

« Il n'y a aucun dentiste à ma connaissance, ou alors ils n'en font pas la publicité pour soigner les enfants, qui ait le MEOPA dans leur cabinet. », PS1.

« Pareil avec les orthodontistes, il n'y en a pas à Mirande. », MaiR1.

« Et après pour le suivi orthodontiste, on est obligé d'aller sur Auch. C'est compliqué, parce qu'il y a des périodes où on y va toutes les 3 semaines donc ça fait beaucoup d'allers-retours. », SCO1.

Une de nos participantes conclut le propos en nous expliquant qu'il faudrait un groupe enfance médical sur Mirande. Ainsi la prise en charge serait plus simple, les contrôles plus fréquents et les parents seraient rassurés.

Nous ressentons un réel besoin de soulager le désert médical d'une façon globale. Une prise en charge appropriée de l'enfant permettrait ainsi une décharge pour tous les praticiens devant subvenir aux besoins de la population générale, et en particulier des personnes âgées.

2.3.4.2. Bus dentaire gersois

Toutefois, des efforts au sein du département sont faits pour améliorer l'offre de soin. Depuis peu de temps, un projet de la croix rouge gersoise se finalise : le bus dentaire. L'enfant n'est pas spécifiquement ciblé dans ce projet, cependant, un volet prévention sera mis en place en parallèle une fois par semaine grâce à leur partenaire principal (Buccotherm®). Les réunions d'informations seront faites avec les familles, puisqu'il est compliqué de faire de la prévention sans passer par les écoles.

« Le problème de la prévention pour les enfants c'est que c'est chasse gardée de l'éducation nationale », PS4.

Le bus dentaire sera bientôt en activité à destination des zones les plus précaires du département afin de réaliser des consultations de contrôle, des soins et de la prévention aux populations qui n'y n'ont pas accès. Il s'agit donc de soins totalement gratuits mis en place en relation avec le service passerelle de la sécurité sociale afin de lutter contre le refus de soins.

« Parce qu'il n'y a pas de dentistes mais on pense aussi que les gens ne se font pas soigner car ils n'ont pas de mutuelle. Cela permet d'aider les gens dans leurs démarches administratives pour obtenir une mutuelle. », PS4.

Le bus est en projet depuis 2 ans. La pratique de la dentisterie mobile reste encore peu organisée et fait encore face à des difficultés de mise en place.

« C'est pour les personnes en rupture de soin, de manière globale, ce n'est pas spécifique aux enfants. C'est un bus qui circulerait, surtout dans la partie nord ouest du département, la plus désertifiée au niveau médical, avec des patients qui seraient recrutés via le biais de la croix rouge. Avec une assistante sociale, pour leur donner leur droit, vérifier s'ils ont droit à la CMU s'ils n'ont pas de couverture pour les aider à pousser la porte d'un cabinet dentaire. Ça ne règlerait les choses que de manière ponctuelle parce que c'est un bus avec une seule place, géré par des étudiants, donc 1, 2 jour par semaine. Ça va surtout toucher le côté préventif et la remise en route mais ça ne va pas gérer les soins derrière. », PS1.

Malgré tout, le bus restera plusieurs semaines au même endroit, afin d'assurer une continuité des soins minimale à ceux qui en ont besoin.

Les participants notent également une faiblesse du projet dans l'accès au soin pour l'enfant en particulier.

« Il commence à y avoir un peu de prévention pour les adultes, il y a un camion itinérant qui va faire de la prévention et des soins au sein du département. Ça s'adresse surtout aux adultes, les enfants sont un peu délaissés », PS3.

2.3.4.3. Attractivité

Ainsi la priorité actuelle et indispensable pour soulager le désert médical est l'attractivité. La ville, la communauté de commune, le département, la région, doivent ensemble trouver un moyen de faire venir les professionnels de santé.

« Les médecins ne veulent pas venir s'installer. », ENF2.

Politiquement, les praticiens gersois ne pensent pas pouvoir faire grand-chose concernant cette attractivité. L'agence régionale de santé (ARS), propose aux étudiants une bourse durant leurs études qu'ils rembourseront en exerçant un certain nombre d'années en

zone sous dotée : le contrat d'engagement de service public (CESP, créé en 2009). C'est une initiative intéressante, mais dont le Gers ne semble profiter que très partiellement.

« Au niveau politique c'est difficile parce qu'on n'est pas décideurs. On ne décide pas du nombre de praticiens qui sortent de la faculté, il n'y a aucune obligation d'installation. On subit un petit peu ça, et les patients avec. On n'a pas eu d'étudiants avec le CESP venant s'installer dans le Gers. », PS1.

A l'échelle ultra-locale, l'objectif d'attractivité est bien cerné par la Mairie de Mirande. Les projets en cours tentent de tirer parti de la crise sanitaire et du télétravail mis en place progressivement. Ainsi la ville essaie d'attirer des jeunes travailleurs en leur suggérant une vie tranquille et remplie à la campagne, tout en continuant leur activité économique à distance des métropoles. Toutefois, les résultats ne sont pas encore là, et l'attractivité reste un challenge difficile pour la communauté de communes, et pour lors, la ville se paupérise toujours.

« On a des projets d'attractivité mais c'est compliqué, on est vraiment enclavés ici. C'est compliqué. Des structures, on n'en aura pas, on aura que des petites unités. Après tout ce qui se fait en télétravail, on a la fibre maintenant. Les gens veulent partir des villes maintenant, s'ils veulent travailler à la campagne c'est un bon compromis. On a un projet de bâtiment à mettre à disposition des gens qui veulent faire du télétravail. On a quelques projets, mais il faut les mettre en place. On essaie vraiment d'être attractif, surtout en cette période où les gens souhaitent plus d'air. On a tout ici, on a une crèche, une école, un collège, un lycée. », « On travaille sur l'attractivité mais c'est compliqué. On a tout ici, on a la sécurité, ce n'est pas trop craignos, on a une bonne qualité de vie. Même au niveau climatique, c'est agréable. Mais il faut du boulot. On a tout un tas de structures, on est en train de construire une crèche toute neuve, on vient de finaliser les plans. Ça, on l'a. Maintenant il faut attirer les jeunes. On a 120 associations, y'a de la vie. », MaiR1.

L'offre élargie de puériculture et d'éducation à Mirande rend la ville plus attractive que d'autres communes de la région quant à l'installation des familles.

« Il y a quand même un certain nombre d'enfants, des AM, un centre d'accueil, une MAM, un jardin des coccinelles, des écoles. Il y a du potentiel. Quelqu'un dont c'est la spécialité dans sa façon d'aborder et de travailler avec les tout petits. Je pense que ça pourrait être un vrai plus. », ENF2.

2.3.5. EXAMEN DENTAIRE, DIAGNOSTIC, PLAN DE TRAITEMENT

Une fois que le patient arrive enfin dans le cabinet dentaire, c'est au dentiste de conseiller puis de prendre en soins l'enfant. Les pistes d'amélioration et les difficultés spécifiques à la prise en soin des enfants de Mirande sont difficiles à décrire puisqu'il n'y a aujourd'hui qu'un seul cabinet de 5 praticiens. Même si nous avions pu nous entretenir avec ces praticiens, il est important de préciser que leur point de vue n'aurait pas été représentatif du point de vue professionnel local théorique (c'est-à-dire en lien avec les besoins de la population): il y a clairement, et avant tout, un manque de praticiens dans cette partie du département.

Pendant longtemps, la prise en charge des enfants fut très « *rurale* » (PS2), malgré un cabinet équipé à la pointe de la technologie. Jusqu'au milieu des années 2000, à Mirande, il n'y avait pas d'échec de soin chez l'enfant. L'approche centrée sur l'enfant était peu, voire pas du tout, mise en place. Cela contraste largement avec les discours actuels des jeunes dentistes.

Il existerait aujourd'hui une prise en charge quasi quotidienne des enfants. Des plages horaires leur seraient ainsi réservées, et en moyenne entre 5 et 10 enfants sur 3 jours d'exercice seraient reçus par semaine. La majorité d'entre eux ont entre 3 et 8 ans, mais les plus grands viennent également. Il s'agit essentiellement de contrôles MT'Dents.

« Il y a quelques parents consciencieux qui amènent d'eux-mêmes tous les ans mais c'était vraiment plus rare. Des fois en discutant avec les patients, ils me posent la question spontanément pour leurs enfants. Donc oui, surtout des bilans bucco-dentaires, de 3 à 25 ans, ou adressés par l'orthodontiste. », PS3.

Malgré les appréhensions que l'exercice de la pédodontie peut apporter, les enfants sont reçus.

« Quand tu sors de la fac, tu appréhendes la pédo, tu ne sais jamais comment ça va se passer. », PS3.

La durée des soins est adaptée à la prise en charge de l'enfant. Le temps nécessaire à la réalisation de la consultation, de la prévention au fauteuil et des soins serait pris.

La prise en charge des enfants serait plutôt confiée aux jeunes praticiens, qui ont une approche centrée sur l'enfant, comme on nous enseigne à la faculté.

« Et je fais toujours une première consultation avant les soins, pour pouvoir le mettre en confiance. Quelle que soit l'offre de pédo autour, je prends toujours le temps, et j'explique tout. », PS3.

Un temps de prévention serait pris également, en commençant par une évaluation des habitudes d'hygiène dentaire. Le brossage des dents est un sujet très accentué.

« Le brossage, j'insiste quand même pas mal. Depuis que le dentifrice avec révélateur de plaque existe, je le prescris beaucoup par exemple. Je fais un interrogatoire aux enfants comme aux adultes. Je leur demande leurs habitudes de brossage, et l'avantage c'est que les enfants sont très honnêtes. », « A la fin du RDV, que j'ai fait des soins ou pas, je leur fait répéter pour voir s'ils ont compris. », PS3.

Les habitudes alimentaires et les conseils de prévention basiques seraient donnés, sans forcément trop aller dans les détails.

« L'alimentation je ne suis pas hyper calée, à part pour dire que le sucre c'est la cata, je ne donne pas beaucoup d'éléments. », PS3.

Les parents assistent à la première consultation, ainsi les informations leur seraient données quant à l'amélioration de l'hygiène et ils sont ainsi responsabilisés.

« Après si je trouve que c'est vraiment abusé, je montre aux parents. Il y en a certains qui disent « ah oui le brossage, il est un peu laxiste », ben oui mais il a 6 ans en fait… », PS3.

Aucun tarif non remboursé ne serait appliqué pour la prévention sur les enfants, sauf cas très exceptionnel.

Les praticiens qui pratiquent depuis longtemps auraient tendance à recevoir plutôt des enfants grands, qu'ils connaissent déjà, ou alors les enfants de leurs patients adultes.

S'il refuse la consultation et l'examen dentaire, le patient pourrait encore une fois sortir de la boucle thérapeutique. Nous observons à Mirande, que cette étape est plutôt rarement une porte de sortie. Il est vrai que le plus compliqué, c'est la prise en charge en termes de traitements.

2.3.6. TRAITEMENT(S) ET POSSIBILITES

Le gros point de blocage et de sortie de l'itinéraire thérapeutique, se fait lors du traitement. En effet, la prise en charge de l'enfant est spécifique et sort parfois du champ de compétence d'un dentiste omnipraticien.

Les soins de prophylaxie seraient réalisés par les dentistes de Mirande : scellement de sillons et application de fluor, ainsi que les soins conservateurs sur dents de lait et les avulsions. Certains terrains leur seraient peu confortables, tels que les pulpectomies sur dent de lait ou la prise en charge des dents permanentes immatures (DPI).

« Après avec modération, surtout pour les scellements de sillons, quand il faut le faire je le fais. J'attends que le brossage soit acquis avant. Fluor aussi je fais beaucoup. », « Les soins sur dents de lait, oui je réalise quand il faut le faire. Les DPI, je préfère botter en touche, je ne me sens pas et je n'ai pas envie qu'il y ait une perte de chance sur un gamin. Pour les traumatismes, tout ça. », « Faire une endo sur une dent de lait, je ne fais pas; quoi, même si je pourrais. », PS3.

« Avec les enfants ça se limite quand même à de la prévention, de la prophylaxie, des évictions carieuses, pulpotomies, extractions, c'est assez limité. », PS3. Nous avons également noté que PS2 est d'accord avec cette idée, peu d'actes sont à réaliser chez l'enfant.

Les traitements d'orthodontie interceptive ne sont pas réalisés de manière générale dans l'intercommunalité.

« L'orthodontie, pour moi, c'est comme l'endodontie très spécialisée, c'est trop précis, il faut avoir des connaissances spécifiques requises pour ça. Même pour les traitements interceptifs, j'adresse à Auch tout de suite. », PS3.

La principale difficulté dans la prise en charge dentaire de l'enfant, en contexte de désert médical, c'est de ne pas savoir où adresser quand le soin sort du champ d'expertise du praticien.

Cela amplifie l'appréhension du praticien. Malgré une approche centrée sur l'enfant, les praticiens se confrontent à des échecs, inévitablement.

« En plus t'as pas de patience, tu te dis « là si j'arrive pas à le soigner, il va rester comme ça et je n'ai pas de solution. A Toulouse, même si ça n'est pas très plaisant d'être en échec de soin, tu sais qu'il y a une solution de repli. », PS3.

Dans certains cas, une indication de soins sous anesthésie générale est posée. Pour quelques patients, notre praticienne participante a le contact d'un praticien à Auch qui pratique l'AG, le fait d'avoir remplacé dans son cabinet lui ayant permis d'avoir son contact. Initialement, ce praticien réalisait des anesthésies générales pour des avulsions de dents de sagesse incluses. Il a, petit à petit, élargi son champ d'action avec la prise en charge des patients phobiques. C'est une activité qu'il pratique encore très peu, d'après nos informations.

Dans les cas extrêmes, il y a toujours la possibilité d'envoyer au CHU de Toulouse, si les parents sont prêts à faire le déplacement.

« Par exemple, j'ai eu un gamin avec un MIH, il fallait faire l'endo de la 36, mais moi l'endo pédo je me la sentais pas quoi, je savais que j'allais projeter dans l'apex, qu'il y allait y avoir un soucis. Lui je l'ai orienté à la fac. J'ai appelé la pédo et l'endo et j'ai demandé une prise en charge pour lui. Finalement, ils ont décidé d'avulser la 36 et de tracter la 37. Franchement, c'était plutôt une bonne décision. », PS3.

Malheureusement, aucun spécialiste n'est présent dans le Gers, excepté un praticien parodontologue exclusif dans le nord du département. La prise en charge des patients à besoin spécifiques, dont certains enfants sous MEOPA, est très compliquée à Mirande et dans tout le département.

« On arrive quand même pas trop mal à gérer les enfants mais on n'a pas de solutions pour les cas complexes. Des enfants qu'on n'arrive pas à gérer ou même des personnes handicapées », PS1.

Dans ce contexte si appauvri en offre de soin dentaire, le besoin de soulager devient primordial.

Nous avons donc questionné les participants à propos du besoin de soin dentaire chez l'enfant, leur ressenti quant aux différentes possibilités futures et les moyens déjà mis en place.

La plupart des participants ont découvert durant nos discussions la pratique de l'odontologie pédiatrique exclusive et sont tous convaincus du soulagement que l'installation d'un chirurgien-dentiste pédiatrique pourrait apporter à Mirande et ses alentours.

« Et bien j'ai été très surprise, je ne savais pas que ça existait. Quand vous m'avez dit ça je me suis dit « tiens, c'est bien ça ». Je trouve ça bien, c'est une bonne chose. S'il y a des problèmes tôt chez les enfants, plus tôt on s'en occupe, plus c'est simple, même pour après. », SCO1.

D'une part, sa pratique locale permettrait de désengorger les dentistes et de donner aux enfants un accès au soin supplémentaire par rapport à aujourd'hui.

« Après s'il y avait une meilleure prise en charge au niveau des enfants, peut-être qu'on ferait plus attention aux adultes. Et puis un enfant devient un adulte. Donc si on informe très tôt, c'est bénéfique », MaiR2.

« Effectivement je pense à une famille en particulier, pour en arriver à cet état-là, c'est que franchement on a trop attendu. S'il y avait eu une intervention, si on faisait un contrôle systématique en grande section/ début CP… Un contrôle des dents une fois par cycle est nécessaire. », SCO2.

« Mais un manque, on voit bien que les médecins sont engorgés, donc si on enlève une partie de la population, prise en charge par un spécialiste, ça changerait beaucoup. », ENF1.

« Pour revenir à la question, je pense qu'une offre de pédo dans le département ça serait un vrai plus. Je ne pense pas qu'un pédo ça sera mal vu parce qu'il refuse les adultes. Dans la tête des gens c'est complètement différent les soins des adultes et le soin des enfants. », PS3.

D'autre part, cela donnerait aux confrères locaux, un point de repère pour orienter en pédiatrie et pour les soins sous MEOPA. En effet, la prise en charge de l'enfant, et notamment de l'enfant très jeune, demande de la patience, du temps, et une expérience. Les acteurs sociaux de l'enfance s'en rendent très bien compte.

« C'est déjà beaucoup plus perspicace d'avoir un praticien qui se dédie aux enfants parce que c'est un public très particulier. », ENF1.

« Dans le fait d'être spécialisé dans les enfants, même d'un point de vue du mobilier, des couleurs, de l'accueil, du temps qu'on prend avec un enfant, je pense qu'on imaginait plein de choses, un peu ludique, un espèce de cocon qui change des trucs aseptisés qu'on connaît. Au début, même sans qu'il ne se passe rien dans la bouche, un premier RDV qui montre, voilà le dentiste, voilà ce qu'il fait, voilà son travail, voilà ce qu'il utilise. Peut-être qu'à la fin de la séance, l'enfant est ok pour ouvrir la bouche. Après ça nécessite des moyens, humains, financiers, se dire qu'on ne fera pas 10 rdv mais plutôt que 4, il faut vaincre les appréhensions, des enfants et des parents. », ENF2.

« Spécialisé dans les enfants, il y a de quoi faire. S'il y a un dentiste, on peut facilement orienter. Sur la dentition, il y a un gros travail. Il va y avoir du boulot pour celui qui va s'installer. », SCO4.

« Mais un pédo exclu c'est génial pour le Gers. Même pour un jeune omni qui vient s'installer, ça le rassure d'avoir un référent pédo quoi. », « Les enfants, tu sélectionnes juste ta tranche d'âge. C'est comme un stomato, tu sais que tu vas soulager. »PS3.

« Ça me permettrait de soulager la prévention mais aussi d'orienter. », SCO4.

Les confrères du département sont en réelle demande, les participants le soulignent, tant bien au niveau de la prévention que de la prise en charge sous MEOPA et sous anesthésie générale.

« On n'a aucun pédodontiste dans le département, pas de confrère qui travaille avec le MEOPA, pas de poste au CHU d'Auch également. J'aimerais bien qu'on ouvre un poste au CHU en rapport avec la faculté, faire venir des étudiants, faire un travail avec les enfants. Mais on n'a rien. C'est un vrai manque. », PS1.

A ce jour, la prise en charge du petit patient à Mirande est donc restreinte par le manque de moyen, le peu de dentistes exerçant, ainsi qu'un faible réseau de soin qui limite les possibilités thérapeutiques.

2.4.DISCUSSION

2.4.1. SYNTHESE DES RESULTATS

Les résultats de cette recherche nous montrent qu'au niveau communautaire à Mirande, il existe plusieurs formes de sorties de l'itinéraire thérapeutique.

L'état général des enfants, ressenti par nos participants est plutôt bon, toutefois, la santé bucco-dentaire n'est pas toujours au rendez-vous, en fonction des familles, de l'âge de l'enfant et de l'établissement de scolarisation.

La prévention, qu'elle soit faite aux enfants, aux parents, au personnel éducatif, par des professionnels de santé ou par le personnel des établissements, permet d'avoir les outils pour identifier un besoin dans la santé bucco-dentaire. Toutefois, ce ne sont pas les seuls adultes qui font l'éducation à la santé dentaire. A Mirande, par faute de moyen, le personnel éducatif, de puériculture, périscolaire, personnel de santé à l'école et surtout les parents ont un rôle primordial à jouer. Les acteurs de la petite enfance et l'infirmière du collège sont très bien formés à la prévention bucco-dentaire. Pour les autres, c'est beaucoup plus compliqué. Certains enseignants prennent l'initiative de transmettre, mais le sujet des dents reste très peu abordé. Les enfants entre 5 et 10 ans n'ont alors que le modèle familial ainsi qu'une éventuelle visite annuelle chez le dentiste en termes d'éducation à la santé bucco-dentaire.

A Mirande, cette étape représente une porte de sortie majeure, puisque la prévention est quasi inexistante. On la retrouve néanmoins dans la petite enfance, faite par les assistantes de puériculture, un petit peu en maternelle et primaire, lorsque de rares interventions externes sont données, au collège, en sixième particulièrement, réalisée par l'infirmière scolaire, ainsi que très récemment, avec le bus dentaire gersois qui prodigue des journées prévention à destination des familles.

La décision de consulter un dentiste se fait, ou non, en fonction de l'étape précédente, mais aussi en fonction de l'appréhension qu'ont certaines familles vis-à-vis du coût des soins, de la difficulté de prendre des RDV (téléphoniques, sur internet, etc.). Cette phase dépend beaucoup, selon nos participants, du niveau socio-économique du foyer.

Lorsqu'un parent décide de prendre un RDV de consultation, il lui est difficile dans la région de Mirande, de trouver de l'aide. La décroissance du nombre de dentistes et des autres professionnels de santé dans les environs est désastreuse. La prise en charge globale

de l’enfant en souffre particulièrement. La croix rouge essaie de répondre à ce besoin d’aide en créant le bus dentaire, cependant, les enfants sont loin d’être la cible principale de ce projet. Ainsi, la ville a besoin d’attirer les jeunes professionnels de santé, notamment pour pallier les départs à la retraite des anciens praticiens.

Si le patient arrive jusqu’à l’étape de la consultation dentaire, il peut décider ou non, de se faire examiner par le dentiste. Nous noterons que dans la population étudiée, le jeune âge est souvent un frein au bon déroulement de l’examen clinique. À Mirande, les enfants sont néanmoins, reçus par de jeunes omnipraticiens, qui ont, malgré les appréhensions, une approche centrée sur l’enfant. Les dentistes de la ville voient néanmoins assez largement l’avantage de l’installation d’un potentiel confrère spécialiste dans la prise en charge pédiatrique.

Quand on en arrive au moment du traitement, les choses se compliquent de nouveau. A Mirande, nombreux demeurent les patients pour lesquels les dentistes omnipraticiens d’une région désertifiées médicalement restent démunis : patients phobiques, handicapés, poly-syndromiques, besoin d’endodontie pédiatrique, etc. Ainsi, il est très difficile, dans le Gers en général, d’adresser ce type de patients, ou lorsque les traitements sortent du champ de compétences de l’omnipraticien. Il n’existe ainsi pas de dentiste proposant des soins sous MEOPA, et la possibilité d’anesthésie générale reste très limitée. Ainsi, le dentiste, le parent et le patient se trouvent dans une situation de blocage, et donc de sortie de l’itinéraire thérapeutique ; à moins que le parent soit prêt à faire plus de 100 km pour amener son enfant au CHU de Toulouse, ou autres praticiens spécialistes toulousains.

La figure suivante relate des différentes particularités de la ville de Mirande si on y applique l’itinéraire thérapeutique de Grembowski au niveau méso.

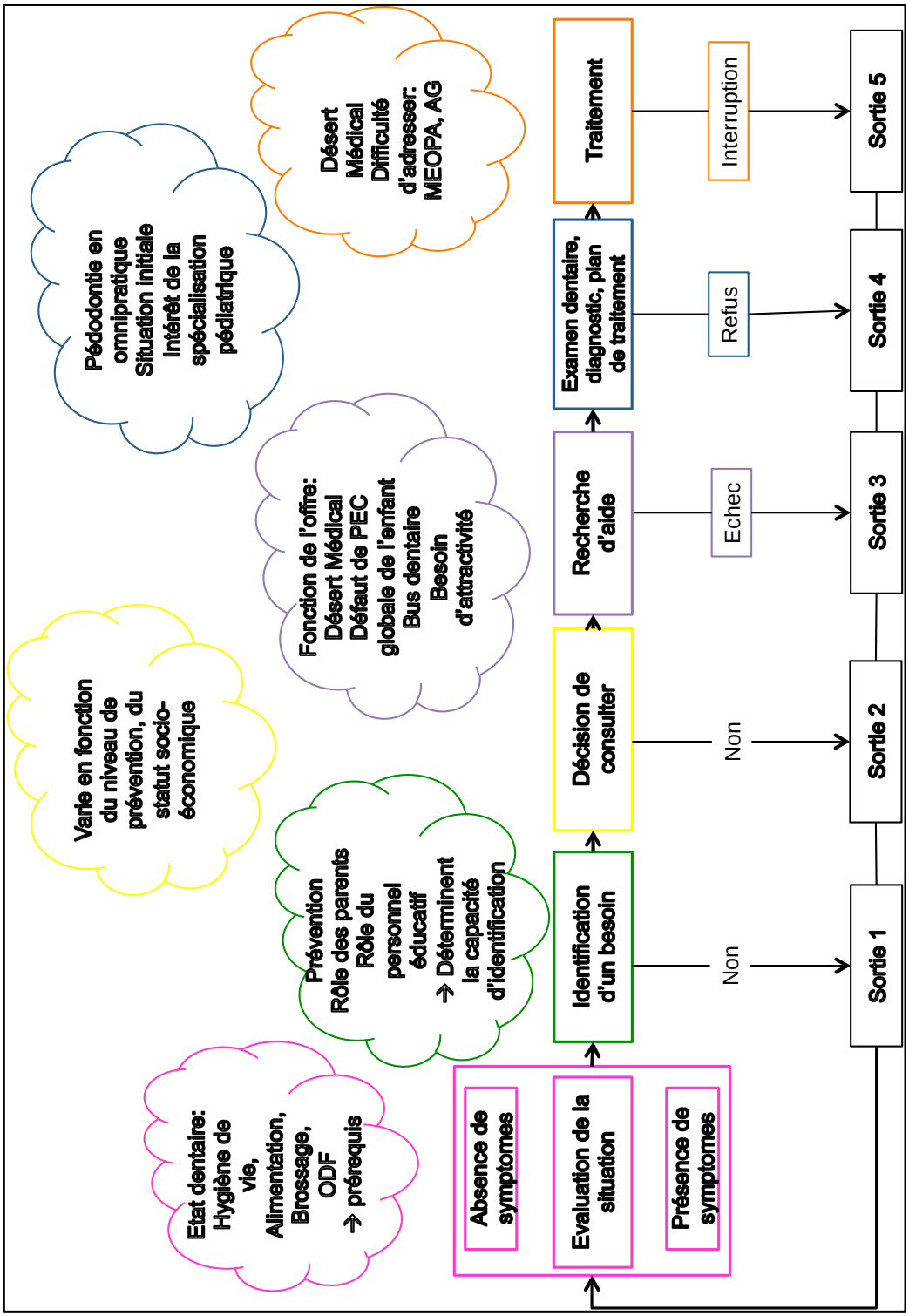

Figure 11- *Itinéraire thérapeutique de Grembowski, situation appliquée au niveau méso à Mirande*

Cette recherche explore donc les besoins de soin des enfants de la ville de Mirande en interrogeant des travailleurs de l'enfance.

Le fil rouge de tous les constats que nous faisons est le manque évident de professionnel de santé dans le département, celui-ci étant un désert médical. Ce dernier influence forcément la politique locale. Le vieillissement de la population du Gers et de Mirande, en particulier, le manque de professionnels de santé pour toute la population et le manque de représentation de la santé bucco-dentaire dans la politique locale, ont un impact direct sur les décisions territoriales concernant la prévention, l'attraction des jeunes mais également le développement de projets de santé publique. Les politiques locaux se sentent démunis, seuls, sans relation dans leur réseau qui permettrait de faire changer les choses. Malgré l'initiative de la Croix Rouge avec le bus dentaire, Mirande ne sera certainement que peu impactée par le projet. La ville peut néanmoins agir sur son attractivité. Elle commence à le faire depuis le début de la pandémie, avec la construction d'un bâtiment dédié au télétravail, afin d'attirer, par exemple, les conjoints des professionnels de santé.

Les acteurs de la santé bucco-dentaire agissent sur la prévention mais également sur la prise en charge des soins, ainsi ils régulent la santé dentaire des enfants.

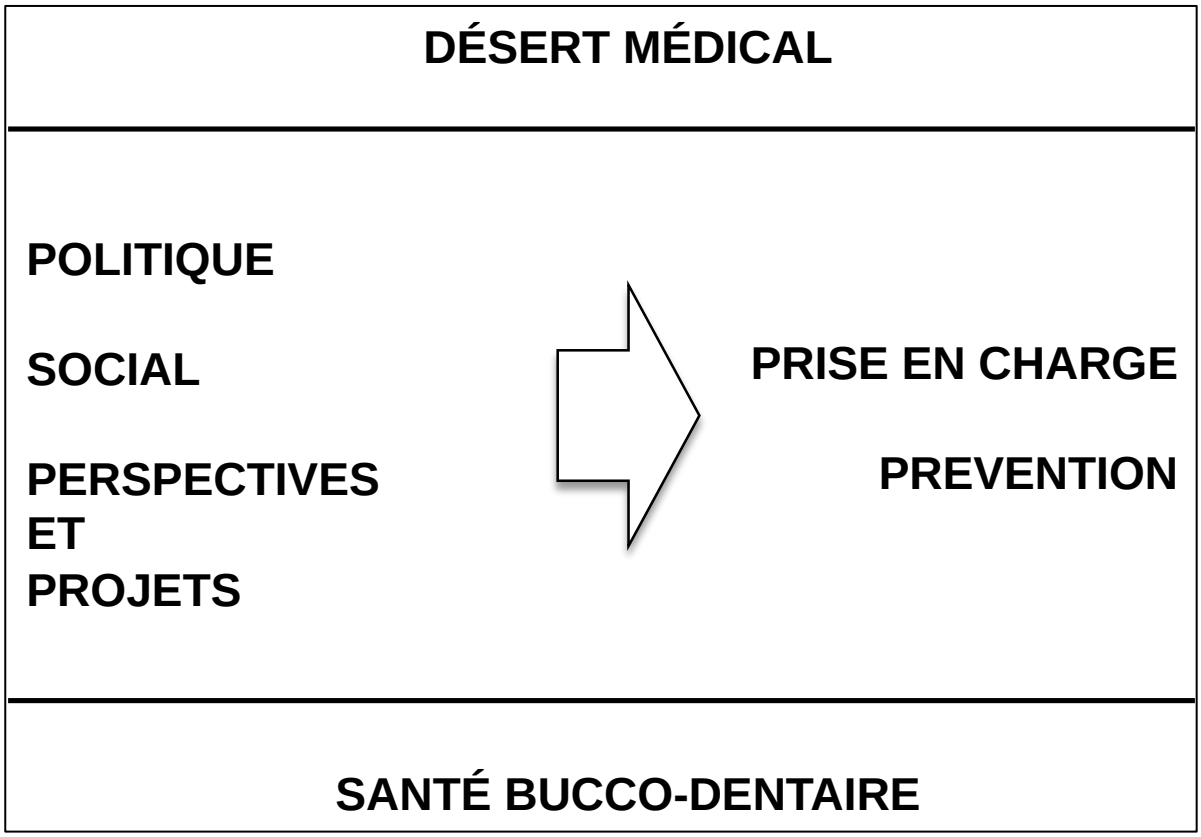

Figure 12 - Impact du Désert Médical sur la Santé Bucco-Dentaire

La figure précédente donne un aspect de l'impact que le désert médical a sur la santé bucco-dentaire des enfants de la région à ce jour. Cela donne également de l'espoir quant à l'évolution des choses, puisqu'on peut agir à plusieurs niveaux (politique, perspectives et projets, prise en charge, prévention) pour améliorer la santé buccale.

Le ressenti de la demande d'aide dans l'accès au soin chez l'enfant se fait par les participants, malgré un fort besoin au sein de la population âgée. S'occuper de la prévention et de la prise en charge de l'enfant laisserait la place aux autres dentistes de se concentrer pleinement sur les soins adultes. Le positionnement d'un dentiste pédiatrique à Mirande permettrait aussi d'ouvrir le réseau de soin des autres praticiens et de donner une référence en pédodontie dans la région, et ainsi soulager les confrères.

2.4.2. CONFRONTATION AVEC LE MODELE MONTREAL-TOULOUSE

Dans une démarche d'approche centrée sur la personne, le praticien qui s'installe au sein d'une population locale qu'il ne connaît pas encore se doit de s'adapter à cet environnement. Ainsi, si nous reprenons le modèle biopsychosocial Montréal-Toulouse, la première étape sera de comprendre cette communauté. Notre recherche s'intéressant à une population entre 0 et 18 ans, nous avons donc axé l'enquête sur la santé de l'enfant.

La population de la région de Mirande, la Communauté de Communes du Cœur d'Astarac en Gascogne (CCCAG), est en déclin depuis un certain nombre d'années. Entre 2007 et 2017, la communauté de commune a perdu 6% de sa population. La région comprend environ 50 naissances par an. Notre population cible est peu représentée dans la commune puisque les 0-14 ans représentaient en 2016 12,9% de la population générale, contre 38,7% que sont les 60 ans et plus. La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est alors la classe des personnes retraitées qui représentent 40,6% de la population de plus de 15 ans. C'est donc dans une communauté vieillissante et décroissante que nous cherchons à comprendre le rôle d'un dentiste spécialisé chez l'enfant dans la ville de Mirande. Cela pouvant paraître paradoxal, nous avons tout de même mis en évidence une certaine jeunesse dans la ville. Un grand nombre de structures de puériculture, scolaires et extrascolaires sont retrouvées dans la ville. Cette dernière brasse d'ailleurs la majorité des scolarités de la communauté de commune puisqu'elle regroupe en son sein plus de 46% de la population générale. C'est réellement le bassin de vie du Cœur d'Astarac.

Toutes ces données chiffrées sont intéressantes mais ne suffisent pas à cerner nos connaissances au sujet de notre population cible. Pour comprendre le besoin de soin de cette population, il nous a fallu aller au plus près de cette dernière, discuter avec les acteurs de l'enfance pour explorer des perspectives auxquelles nous n'aurions pas songé.

Le plus frappant est la diminution des actions de prévention depuis un certain nombre d'années. Les écoles sont peu fournies en interventions scolaires par des professionnels de la santé bucco-dentaire. C'est un réel manque pour les enfants de cette zone géographique. La seule information repose donc sur le contexte familial. Les parents n'étant pas forcément au courant de toutes les subtilités de l'hygiène dentaire, la prévention doit être généralisée à la famille. Ici, nous soulignerons donc l'effort du bus dentaire gersois,

qui propose une journée de prévention à destination de tout le monde, et notamment des familles. Nous pointons également le travail remarquable de prévention mis en place au sein du multi-accueil par les assistantes de puériculture. Ainsi, les parents sont informés des risques précoces du sucre, du grignotage et de la tétine. Toutefois, la crèche a pour l'instant une capacité d'accueil très limitée et le nombre de parents touchés par l'information reste faible. Au collège, nous faisons le même constat concernant l'infirmière scolaire, qui est compétente dans le domaine de la prévention. Encore une fois, cela touche peu d'élèves puisque l'infirmière est seule pour 9 établissements.

On ressent un réel manque dans la prise en charge globale de tous les patients de la ville, de plus en plus désertée par les professionnels de santé. Concernant les enfants, le manque de pédiatres, d'orthophonistes, d'orthodontistes et autres spécialités se fait ressentir par les participants interrogés. Les médecins généralistes sont obligés de s'occuper du volet pédiatrique dans une population vieillissante qui est de plus en plus demandeuse de soins gériatriques. Nous constatons un abandon de la politique de santé face aux enfants. Dans le domaine des soins dentaires, on observerait l'intégration de la prise en charge de l'enfant dans les soins d'omnipratique. Le réseau d'odonto-pédiatrie spécialisé est inexistant au sein du département gersois. Ainsi, nous comprenons le manque crucial d'alternatives dans la prise en charge des enfants handicapés, phobiques ou polycariés très jeunes. Une offre de soin avec MEOPA serait nécessaire de façon généralisée au département, ainsi qu'une offre d'anesthésie générale.

Pour comprendre cette population, un praticien voulant s'installer à Mirande a donc à sa disposition un certain nombre de ressources. D'une part des ressources non médicales, tels que les élus et employés de la mairie. Ces derniers nous permettent d'approfondir nos connaissances concernant les caractéristiques de la population, mais portent également à notre connaissance la ligne directrice de politique de santé de la ville et de la communauté de commune. Dans le cas précis de notre recherche, la discussion avec la responsable chargée de l'enfance et du périscolaire dans la communauté de commune nous a permis d'avoir une vision assez large sur les habitudes dans le milieu périscolaire et toutes les différences de chance qu'on constate entre les niveaux scolaires. Les ressources non médicales comprennent également, dans ce cas précis, la crèche, les structures périscolaires, les écoles, le collège et les lycées, qui informeront plus précisément sur les habitudes de vie et d'hygiène, et qui donneront leur ressentis en direct. La dernière ressource non médicale à disposition, c'est la population elle-même. Notre recherche ne prend pas en compte l'avis de

la population directement, nous sommes passés par des institutions pour en ressortir des généralités. Toutefois, soyons-en conscients, la communauté elle-même est une source d'information majeure dans le processus d'interrogation et de compréhension.

D'autres part, il existe un grand nombre de ressources médicales. Dans la ville, nous avons évidemment le groupe dentaire, avec qui l'échange permet de faire un état des lieux de la prise en charge des enfants de la ville. Il existe également depuis 2017, la maison de santé pluridisciplinaire qui comptait en son sein jusqu'à l'année dernière un chirurgien-dentiste. Nous apprenons d'ailleurs lors de notre recherche que la place reste vacante depuis son départ à la retraite, reflétant ainsi une désertification interne à la ville des professionnels de santé.

Enfin, la dernière ressource médicale avec laquelle nous avons échangé pour alimenter notre thèse est la croix rouge. C'est actuellement cette association qui développe le projet de « bus dentaire gersois ». Ce dernier n'étant pas destiné à une population jeune à la base, il est tout de même intéressant de constater qu'il aura un rôle important dans la diffusion de l'information de prévention auprès des familles dans les zones désertes du département. En ce qui concerne la ville de Mirande, une intervention dans le secteur maternelle de l'école privée a déjà été réalisée en fin d'année scolaire 2020-2021.

Cette recherche nous a donc permis de comprendre que le besoin de soin chez l'enfant dans la ville et la communauté de commune est bien présent. Une prise en charge spécialisée serait ainsi la bienvenue. Nous avons également un nombre non négligeable de ressources à contacter pour participer activement à l'évolution de la santé bucco-dentaire des enfants de la commune.

Le continuum logique à cette compréhension, selon le modèle Montréal-Toulouse, est la prise de décision face à toutes ces informations recueillies. Le modèle permet de remettre en question et d'évaluer la prise en charge que l'on propose d'un point de vue collectif. Ici, nous avons une démarche différente puisqu'il s'agit d'une réflexion en amont de l'installation du praticien. Le principe reste le même, nous pouvons ainsi préparer la prise de décision.

Cette étude nous permet de nous rapprocher de partenaires « sociaux » et « médicaux » différents, variés, auxquels nous n'aurions pas forcément pensé. Ce sont ces partenaires, ces ressources, qui nous permettront de participer aux décisions politiques,

associatives afin de faire évoluer la santé bucco-dentaire des enfants d'un point de vue local.

Ainsi, nous avons donc la possibilité de contacter des partenaires dans les ressources médicales déjà évoquées précédemment, tels que le cabinet dentaire, la croix rouge gersoise, le conseil départemental de l'ordre des Chirurgiens-dentistes. Mais il faudrait, au praticien qui s'installe, développer ce nombre de partenaires à d'autres ressources médicales que nous n'avons pas pu, eu le temps de questionner dans cette étude. Ainsi, créer un partenariat avec la Protection Maternelle et Infantile nous paraît important, puisque la ressource diffuse beaucoup d'information sur la santé au sein de la population, elle permet également de faire un lien direct. De même, approcher des partenaires de l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire gersoise (UFSBD) serait important, puisque l'une de leur préoccupation principale est la prévention. Enfin, il faudrait évidemment un contact et partenariat avec la Maison de Santé de Mirande.

De la même façon, cette enquête nous a permis de créer des liens avec des partenaires sociaux. Le rapport avec les élus et employés à la mairie et communauté de communes nous permettrait de rester actualisés sur les prise de décisions politiques, voire même de participer à ces dernières (cf actions « upstream » de la dentisterie sociale). Le lien avec les structures périscolaire, les écoles, collèges et lycées est bien entendu essentiel si nous voulons réaliser un travail de prévention large qui toucherait un maximum d'enfants. Ceci permettrait également d'avoir un retour sur la qualité de vie des enfants, de façon régulière. Enfin, des partenaires intéressants pourraient être des associations, tel que le CPIE (Centre Permanent d'Initiative pour l'Environnement), qui ont déjà un public touché, qui ont une visibilité. En effet, le CPIE, par exemple, met en place régulièrement des ateliers. Nous pourrions éventuellement leur proposer des activités en lien avec la santé.

Nous réfléchissons donc aux interventions concrètes à mettre en place pour suivre ce modèle biopsychosocial et aux différentes perspectives.

Si l'on imagine installer une pratique d'odontologie pédiatrique à Mirande, il nous faudra penser à plusieurs points. D'abord, il faut prendre en considération qu'aucun exercice de pédodontie exclusif ne se fait au sein du département gersois. Nous pourrions rayonner au-delà de la communauté de communes, devenant alors un point de référence dans le domaine pour les confrères du département. La population qui sera touchée par les soins est alors beaucoup plus vaste, géographiquement parlant. D'un point de vue départemental, il

faudrait donc participer pleinement à cette prise en charge globale. Pour ce faire, un rapprochement avec le centre hospitalier d'Auch pourrait être judicieux afin de discuter de la potentielle mise en place de vacation d'anesthésie générale, une offre de soin incontournable en odontologie pédiatrique.

L'intervention devra se faire de façon politique également, afin de participer aux prises de décisions, tels que le budget alloué à la santé et à la prévention, à l'éducation, mais également pour participer à l'attractivité de la commune. Réfléchir sur ce genre de sujets sociaux est important pour le professionnel de santé, puisque cela lui permettra de créer un réseau de soin. Dans cette situation, les professionnels de santé dédiés à l'enfance sont peu nombreux voire inexistants, il serait donc important pour notre pratique de pouvoir avoir un pédiatre, un orthophoniste, un orthodontiste, un oto-rhino-laryngologue pédiatrique, un kinésithérapeute de la langue, à proximité. Bien entendu, dans ce contexte, l'idéal d'un réseau de soin local aussi complet est utopique. Toutefois, la participation à la vie politique et à l'attractivité permet au praticien de donner le meilleur de lui-même dans le but d'aller, doucement, vers cet idéal.

Pour nous, le point de départ d'une installation à Mirande en pédodontie pourrait s'envisager à la maison de santé. En effet, la structure regroupe beaucoup de professionnels, bien que non spécialisés dans l'enfance, ils représenteront le point de départ du réseau de soin. De plus, la visibilité au sein de la ville sera plus grande. Une famille qui vient visiter son médecin généraliste pourra également prendre un rendez-vous chez le dentiste pédiatrique. Le praticien participe donc à la centralisation des soins localement.

Au cours de l'étude, nous comprenons vite qu'un pôle enfance de la santé serait un atout important, attractif et soulageant à la ville de Mirande.

D'autre part, en terme d'intervention sur la population locale, il faudra réfléchir à comment agir sur la prévention de façon effective. Le praticien devrait alors allouer une partie définie de son temps à cette tâche. Il pourra soit participer à l'organisation de cette prévention (partenariat avec la faculté de Toulouse, par exemple, et les étudiants), soit réaliser la prévention lui-même. Pour ce faire, il y a un travail de réflexion et de production de documents, afin de réaliser les présentations mais également de distribuer des supports d'informations aux structures partenaires (PMI, RAM, enseignants, infirmière scolaire, etc.) Un travail en lien avec l'éducation nationale pourrait être ainsi intéressant. La production de supports pédagogiques à destination des enseignants leur permettrait de réaliser eux-mêmes

l’initiation à la prévention bucco-dentaire. Ainsi, la mise en ligne (sur le site Edumoov, par exemple) de séquences pédagogiques en fonction des différents niveaux apporterait de la ressource à l’enseignement dans le domaine des dents, de l’hygiène et de l’alimentation.

Enfin, l’intervention au niveau méso se fait directement dans le cabinet. Ce dernier doit être fait à l’image de l’enfant et pour tous les enfants. En conséquence, la décoration doit être adaptée, le vocabulaire, le matériel professionnel (dentifrices avec des goûts, couleurs des instruments, MEOPA, Quicksleeper, etc.), l’environnement général sont travaillés pour être accueillant, inclusif et adaptés à la diversité de chacun. En effet, dans cette population locale, il existe des enfants de tous les âges, de toutes les catégories socio-économiques, des enfants phobiques, atteints de troubles autistiques, handicapés, atteints de syndromes génétiques, des enfants français ou étrangers. Un lieu d’accueil doit donc se mettre en place, chaleureux et professionnel au sein duquel une approche centrée sur la personne de façon générale est appliquée.

La figure suivante illustre l’application que fait notre recherche au modèle Montréal-Toulouse (Q-list du niveau méso).

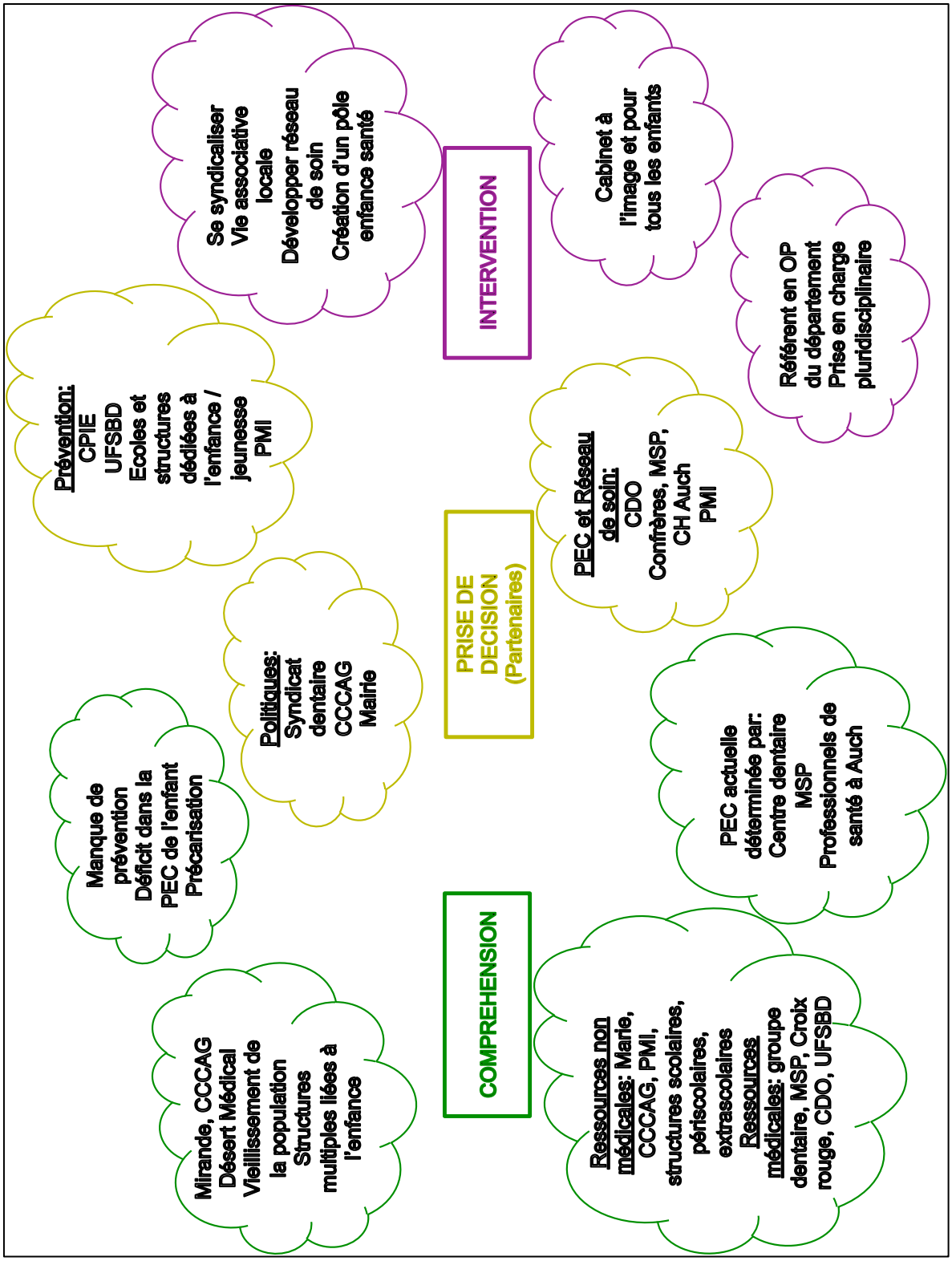

Figure 13 - Réponses au modèle Montréal - Toulouse apportées par notre recherche

2.4.3. LIMITES ET POINTS FORTS

L'étude que nous avons réalisée présente plusieurs limites. Nous regrettons d'une part le manque de temps pour mener notre recherche avec encore plus de profondeur. Nous n'avons ainsi pas pu nous entretenir plus en détail sur des sujets comme le déroulement des vacances scolaires dans le périscolaire, le rôle de la PMI, le fonctionnement de la maison de santé. D'autre part, ne pas avoir pu obtenir d'entrevue avec un praticien chirurgien-dentiste exerçant actuellement dans la ville a été limitatif sur l'interprétation de nos résultats.

Nous jugeons malgré tout notre étude comme originale mais aussi utile à l'installation d'un futur praticien. Elle représente un apport dans le domaine de l'approche centrée sur la personne, en fournissant un guide général d'exploration de la dimension méso avant une installation. Enfin, elle donne de nouvelles perspectives, tant d'un point de vue recherche en dentisterie sociale que dans la pratique clinique de nos pairs.

2.4.4. PERSPECTIVES

Cette étude donne plusieurs perspectives, d'abord tout en restant sur le modèle biopsychosocial Montréal-Toulouse, ce travail tend vers une approche centrée sur la personne au niveau sociétal. Ainsi, nous pouvons imaginer des partenaires locaux associés à des partenaires nationaux, tels que la croix rouge, UFSBD, la CPAM, CNOCD, etc. De plus, au cours de nos recherches nous apprenons que le seul syndicat de dentistes représenté dans le département est celui des CDF. Or, les syndicats ont du poids sur les décisions gouvernementales concernant notre profession. La recherche pourrait ainsi aller plus loin, afin de comprendre l'engagement actuel des dentistes gersois dans la politique nationale, dans le syndicalisme, mais également les différentes pressions sociétales qui font aboutir ou avorter un projet local de prévention, de prise en charge, ou autre. En bref, il serait intéressant de relier nos résultats à des considérations issues du niveau macro. Par exemple, il est probable que la mise en place d'une spécialité d'odontologie pédiatrique (matérialisée par un DES) – action macro par excellence - favoriserait la formation et l'installation de praticiens dans des zones comme la région de Mirande.

Notre travail tend également, bien sûr, vers le sens inverse de l'échelle, le niveau individuel du modèle biopsychosocial. Le fait même de s'intéresser en particulier à

l’enfant fait appel à un changement du comportement, du vocabulaire et de la prise en charge. Nous abordons ainsi l’importance du plateau technique pour soigner tous les enfants. Le plateau technique a intérêt d’être diversifié, car chaque enfant est différent et le praticien doit pouvoir s’adapter à son patient.

Les trois niveaux sont interconnectés, il est même parfois difficile d’en saisir les différentes limites. En effet, il s’agit de niveaux en cascade, dont chacun a une influence sur les autres. Ce modèle Montréal-Toulouse est en réalité un outil pour le praticien d’évaluer l’ensemble de sa pratique et se confronter à un « idéal » éthique à tous les niveaux, sans les hiérarchiser.

Cette étude est aussi un moyen de faire connaître le métier de dentiste pédiatrique, dont la population n’a que rarement entendu parlé dans les campagnes. Nous montrons également qu’une prise en charge spécialisée de l’enfant est intéressante, même dans les cantons quasi désertés en dentistes, et donnons espoir aux praticiens de ce domaine quant à leur installation en zone rurale. Nous pourrions alors imaginer une étude à plus grande échelle pour évaluer le besoin de soins des enfants dans le monde rural français.

3. CONCLUSION

3.1.1. CONCLUSION ET PERSPECTIVES GENERALES

Notre travail s'est principalement inspiré du modèle biopsychosocial élaboré par C. Bedos, N. Apelian et JN. Vergnes, appelé le modèle Montréal-Toulouse. Nous avons utilisé cette base pour réaliser notre étude qualitative afin de mettre la recherche sur la voie de l'approche centrée sur la personne au niveau local et communautaire. Nous souhaitions, en tant que futur jeune praticien, donner des pistes dans l'installation d'un cabinet avec un objectif d'aider la population locale telle qu'elle en a besoin. Ceci est d'autant plus important que le niveau communautaire dans l'approche centrée sur la personne est celui qui demande au praticien le plus d'investissement externe à sa pratique clinique quotidienne. Nous avons donc retracé sur la figure 14 le parcours et les enseignements à tirer de notre expérience dans ce travail, rapproché au questionnaire initialement pensé par les chercheurs franco-canadiens dans le niveau méso du modèle M-T.

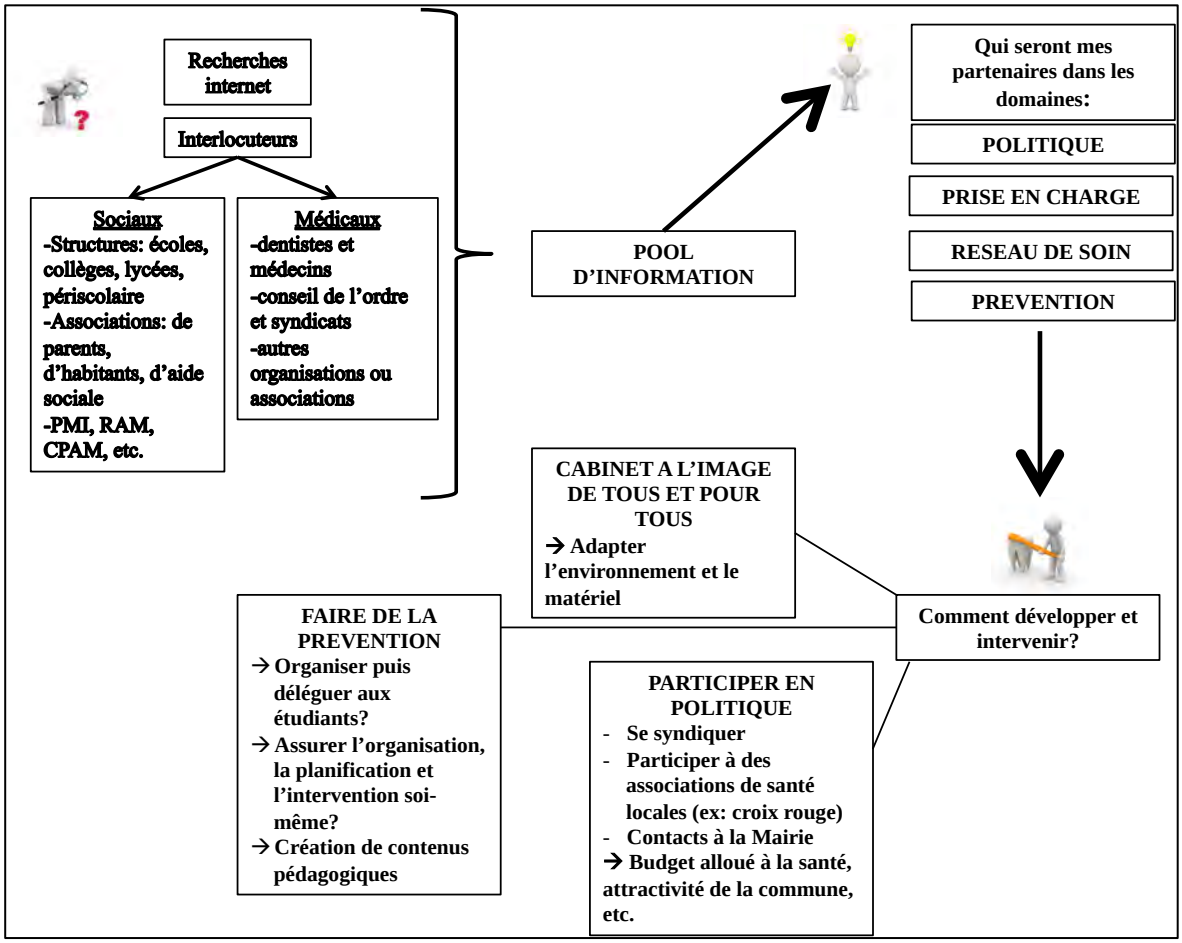

Figure 14 - Feuille de route à l'installation appliquée au modèle biopsychosocial

3.1.2. CONCLUSION PERSONNELLE

La réalisation de ce travail a été une expérience humaine intense, un dépassement de moi-même et une confrontation au monde professionnel réel. J'ai rencontré des personnes vraies, passionnées, intéressées et intéressantes. J'ai été également confrontée à quelques désillusions, notamment dans les relations entre confrères. J'étais dans une démarche proactive qui n'a pas été forcément reçue de cette façon par certains de mes aînés. Toutefois j'ai pu rebondir et faire de nouvelles connaissances, avec des praticiens au grand cœur partageant ma vision du métier de dentiste.

J'ai ainsi découvert le monde de la recherche qualitative, si passionnant et indispensable à l'approfondissement de la pratique dentaire.

Cette enquête m'a permis d'être au plus proche de la population, de découvrir le monde de la politique locale, et le système d'éducation. J'ai été curieuse, et à l'écoute de tout conseil, anecdote ou information venant de mes proches, de mes enseignants, des participants et de mon réseau de connaissances.

L'aboutissement de ce travail me donne de la motivation dans les soins pédiatriques et tout ce qu'il y a à mettre en œuvre dans les zones rurales : développement des soins sous MEOPA, prise en charge des enfants en situation de handicap, prise en charge sous anesthésie générale. Je suis de plus en plus exaltée à l'idée d'exercer mon métier avec les enfants, il y a tant à faire, à donner et à partager. La soif d'aider mes semblables, de combler un manque dans la prise en charge dentaire des enfants se fait de plus en plus grande. Ainsi, je ne sais pas encore si mon choix de carrière en zone désertée se fera à Mirande, mais j'ai maintenant des contacts et une idée plus précise de la façon de m'y prendre pour comprendre la population, créer un réseau de soin et de partenaires afin d'avoir une approche globale de mes petits patients. Le Gers, pour lequel j'ai eu un coup de cœur, est donc un terrain de choix dans mes recherches d'implantation.

Vu, le président du jury
le directeur de thèse,

BIBLIOGRAPHIE

1. Apelian N., Vergnes J. N., & Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. The International Journal of Whole Person Care ; 2014 ; 1(2).

2. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. BMJ ;2001 ; 322 :444

3. Mills I., Frost J., Cooper C., Moles D. R., & Kay E. Patient-centred care in general dental practice-a systematic review of the literature. BMC Oral Health ; 2014 ; 14(1), 1-13.

4. Bedos C., Apelian N., & Vergnes,J. N. Social dentistry: An old heritage for a new professional approach. British dental journal ; 2018 ; 225(4), 357-362.

5. Bedos C., Apelian N., & Vergnes J. N. Towards a biopsychosocial approach in dentistry: The Montreal-Toulouse Model. British dental journal ; 2020 ; 228(6), 465-468.

6. Bedos C., Apelian N., & Vergnes J. N. What should people expect from person-centred dental visits? The Montreal-Toulouse Wheel of expectations. British Dental Journal ; 2021 ; 231(4), 249-253.

7. Dupuy C., Dewynter B., Romanens C. Diagnostic partagé de territoire, Petite enfance, enfance, jeunesse. Communauté de communes du cœur d'Astarac ; 2020.

8. Vergier N, Chaput H (Drees), Lefebvre-Hoang I (Drees). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?. Les Dossiers de la Drees. 2017 ; Mai n°17.

9. Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve. Editions CdP ; 2018.

10. Bedos C Pluye P, Loignon C, Levine A. Qualitative Research. In: Lesaffre E, Feine J, Leroux B, Declerck D, éditeurs. Statistical and Methodological Aspects of Oral Health Research. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 ; p. 113-30.

11. Grembowski D., Andersen R. M., & Chen M. S. A public health model of the dental care process. Medical Care Review, (1989) ; 46(4), 439-496.

12. Forde H., & Solomon-Moore E. A qualitative study to understand the potential efficacy of an information-based sugar reduction intervention among low socioeconomic individuals in the UK. International journal of environmental research and public health, 2019 ; 16(3), 413.

13. Nurse P. Reductionism: The ends of understanding. Nature. 1997; 387(6634):657–657.

14. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. J Health Soc Behav. 2002 ;43(2):125.

15. Doherty W, Baird M. Family-Centered Medical Care: A Clinical Casebook [Internet]. New York: Guilford Press; 1987 [cited 2013 Aug 19]. Available from: http://www.alibris.com/Family-Centered-Medical-Care-A-Clinical-Casebook-Doherty-Baird/book/18024801.

16. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract. 1969 May;17(82):269–76.

17. Stewart M. Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2003.

18. Straub-Morarend CL, Marshall TA, Holmes DC, Finkelstein MW. Toward defining dentists' evidence-based practice: influence of decade of dental school graduation and scope of practice on implementation and perceived obstacles. J Dent Educ. 2013 Feb;77(2):137–45.

19. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. Br Dent J. 1999 Feb 27;186(4 Spec No):166–70.

20. Chapple H, Shah S, Caress A-L, Kay EJ. Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. Br Dent J. 2003 Mar 22;194(6):321–327. (discussion 317)

21. Gorter RC, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. Community Dent Oral Epidemiol. 2011 Feb;39(1):87–95.

22. Rodríguez C, Tellier P-P, Bélanger E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study. Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr. 2012 May;23(3):158–68.

23. Rowland ML, Naidoo S, AbdulKadir R, Moraru R, Huang B, Pau A. Perceptions of intimidation and bullying in dental schools: a multi-national study. Int Dent J. 2010 Apr;60(2):106–12.

24. Boetzkes E, Waluchow WJ, editors. Readings in health care ethics. Toronto: Broadview Press; 2000. 618 p.

25. Carbona S. Inégalités d'accès aux soins dentaires et solutions de résolution: exemple du Lot et de la Haute-Garonne, Th.D, Chirurgie Dentaire Toulouse, 2018. 2018-TOU3-3032.

26. http://www.mirande.fr/ (accès le 25 septembre 2021)

27. http://www.coeur-dastarac.fr/ (accès le 25 septembre 2021)

28. https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12 (accès le 22 octobre 2021)

29. Pérez M, Espinasse P (Direction Départementale des Territoires du Gers Pôle Information, Expertise et Développement des Territoires). Gers : évolutions démographie, logement, emploi Analyses comparées des recensements INSEE de la population de 2008 et 2013. DDT 32 IEDT, Dec 2017.

30. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/annuaire/#about Annuaire des chirurgiens-dentistes (accès le 26 février 2021)

31. https://www.maisondesantemirande.fr/ (accès le 22 octobre 2021)

32. https://ville-data.com/nombre-d-habitants/gers-32-32D (accès le 26 février 2021)

33. https://crisco2.unicaen.fr/des/ Dictionnaire des synonymes (accès le 22 octobre 2021)

BARBOT Lola 2021 TOU3 3075

DESCRIPTION DE L'APPROCHE « MESO » EN DENTISTERIE SOCIALE: APPLICATION A LA PRATIQUE PEDIATRIQUE DANS LA REGION DE MIRANDE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Cette recherche qualitative réalisée auprès d'intervenants dans la vie politique, sociale, éducative et sanitaire de Mirande, dans le Gers, est fondée sur le modèle biopsychosocial Montréal-Toulouse. Nous cherchons à comprendre le besoin de soin et la prise en charge des enfants dans une ville en désert médical. Nous traçons également les fondements à l'application d'une approche centrée sur la personne au niveau méso.

TITRE EN ANGLAIS : Description of the community level approach in social dentistry: application to pediatric practice in the region of Mirande.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS CLÉS : Recherche qualitative, modèle biopsychosocial, dentisterie sociale, odontologie pédiatrique, désert médical

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III- Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de Thèse : Pr Jean-Noël VERGNES