

Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant

En France, l'indice carieux de la population est en nette diminution grâce aux campagnes de prévention, à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et à l'utilisation des fluorures.

Les disparités régionales fortes, les difficultés économiques, la peur du dentiste et l'insuffisance de soin sur des dents temporaires qui vont « tomber » font que la carie de la petite enfance (ECC : Early Childhood Caries) [26] constitue toujours un problème majeur. Elle provoque des douleurs avec troubles du sommeil, angoisse, agressivité et difficultés à s'alimenter ; les parents privilégient alors une alimentation molle et sucrée qui auto-entretient la pathologie. L'ECC peut aussi être associée à des problèmes d'obésité, les deux pathologies ayant en commun des habitudes alimentaires inadaptées.

Le mauvais état bucco-dentaire, marqueur des inégalités sociales de santé

Elle peut pourtant être prévenue [65] ; dans le cas contraire, son développement est un facteur prédictif majeur de carie à l'âge adulte et influe sur la santé dentaire de l'adolescent [23].

La corrélation entre faible niveau socio-économique et mauvais état de santé général et bucco-dentaire est significative. La consommation élevée de sucreries, le manque de brossage et un mauvais état bucco-dentaire sont souvent associés aux groupes « à risques » : les conséquences fonctionnelles et esthétiques importantes constituent des facteurs de handicap à l'intégration sociale de l'enfant et stigmatisent une population déjà vulnérable.

La situation est aggravée par un recours aux soins moindre : les familles à faibles revenus consultent tardivement, en urgence, et ne poursuivent généralement pas les soins. Elles n'ont pas de chirurgien-dentiste traitant, recourent de préférence aux structures hospitalières et ne consultent pas préventivement.

La peur du chirurgien-dentiste toujours présente

L'anxiété vis-à-vis des soins dentaires concerne de 3 à 20 % de la population européenne [46], et la peur du chirurgien-dentiste reste une réalité. La culture française a insuffisamment intégré la prévention bucco-dentaire : la consultation tardive liée à la douleur ne facilite pas l'abord de l'enfant. Si le premier contact se passe mal, l'enfant, devenu adulte, gardera un souvenir négatif de cette expérience et négligera son état bucco-dentaire. Il transmettra son angoisse et communiquera involon-

tairement à son propre enfant la peur qu'il éprouve, au travers d'un vocabulaire chargé de termes imagés rarement positifs (arracher, rage de dents...). Un parent anxieux, n'osant pas lui-même consulter, ne fera pas la démarche préventive pour son enfant.

Malgré l'évolution des techniques, la prise en charge de la douleur au cabinet dentaire, l'examen bi-annuel nécessaire pour éviter les pathologies installées et vaincre les *a priori* vis-à-vis des soins dentaires n'est guère pratiqué.

Le projet de Roubaix : une démarche partagée

La ville de Roubaix a intégré le projet Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) et se mobilise car le nombre moyen de jeunes Roubaisiens diabétiques est plus élevé que dans les autres villes Epode.

L'unité d'activité médicale (UAM) d'odontologie pédiatrique – prévention du CHU de Lille prend en charge la pathologie carieuse de l'enfant et accueille les jeunes patients de la métropole lilloise que les confrères ne soignent pas. Mais les enfants qui habitent Roubaix, et consultent pour urgence dentaire au CHU, cessent les soins dès que la douleur disparaît.

Les raisons d'interruption de traitement sont identifiées :

- la distance hôpital-domicile, les difficultés ou la durée de transport car pas de solution proche ;
- le délai d'attente trop long pour un rendez vous dans la structure hospitalière après l'acte d'urgence ;
- le nombre élevé d'enfants porteurs de polycaries ;
- le faible nombre de praticiens hospitaliers qui soignent les enfants.

Il est nécessaire d'intervenir en amont.

Les mauvaises habitudes d'hygiène alimentaire provoquent surpoids et pathologies carieuses. Une alimentation saine devrait améliorer à terme l'état bucco-dentaire des enfants et faire diminuer les diabètes de type 2 chez les adolescents obèses (pathologie qui ne se manifestait qu'après 40 ans).

Les conséquences du diabète sur la sphère bucco-dentaire sont connues et il est important que le chirurgien-dentiste soit un relais dans la prévention de l'obésité et du diabète. La volonté de tous les acteurs étant de répondre au problème de santé publique, la pédodontie participe à la démarche Epode avec la ville.

Un travail commun entre mairie, direction de la santé de la ville et odontologie pédiatrique initie l'idée d'un parcours de prise en charge coordonnée des enfants : il s'agit de veiller à ce que prévention et éducation du

Monique-Marie Rousset

Professeur des universités-praticien hospitalier en odontologie pédiatrique, CHU de Lille, responsable d'une unité d'activité médicale d'odontologie pédiatrique-prévention et membre du Haut Conseil de santé publique

Thomas Trentesaux

Ancien assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, université Paris Descartes

Matthieu Ternois

Assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire de virologie EA 3610 – pathogenèse virale du diabète de type 1



patient — qui intègrent une dimension familiale — fassent partie du soin lui-même pour pérenniser la démarche.

Le groupe technique représentant hôpital, département, caisse primaire d'assurance maladie, faculté et direction de la santé examine les conditions nécessaires au projet. L'ensemble des partenaires est sollicité (médecins, pédiatres, chirurgiens-dentistes libéraux et Conseil de l'ordre, Apesal, CHR de Roubaix et CHU). Sont associés médecins et infirmières scolaires qui rencontrent l'enfant au cours préparatoire. Cet âge-charnière entre denture temporaire de l'enfant et denture du futur adulte voit l'apparition des premières molaires permanentes ; elles évoluent à bas bruit, sans perte de dents de lait et sont négligées dans les populations touchées par les inégalités sociales.

Le conseil général est également sollicité pour l'aide qu'il peut apporter dans l'orientation des enfants vers les soins, au travers du bilan de quatre ans des services de PMI.

Un parcours coordonné

L'information, la prévention et la formation d'éducateurs à la santé bucco-dentaire sont des moyens essentiels pour diminuer l'incidence carieuse.

Pour plus d'efficacité, un travail inter et pluridisciplinaire s'organise autour du réseau ville — hôpital, avec les acteurs qui entourent l'enfant au quotidien. L'avis des professionnels fixe un champ d'intervention ciblé sur les 4 à 15 ans et sur la prévention précoce.

1^{re} étape en 2004 : rencontre avec l'enfant

Pour prévenir bien en amont, il faut susciter l'intérêt des parents dès la grossesse, quand ils sont plus réceptifs au message préventif.

Si le contact s'établit plus tard avec l'enfant, il faut associer la famille dans la démarche.

Avec la direction de la santé de la ville, l'équipe des pédodontistes participe à des actions de sensibilisation et de mobilisation pour parents et enfants. Elle intègre la « Semaine du goût », anime des échanges sur les choix alimentaires. Des expositions, des ateliers et des animations avec les infirmières scolaires insistent sur l'hygiène et les moyens de préserver un bon état bucco-dentaire. Pour appuyer l'intervention en milieu scolaire, la ville distribue des kits dentaires qu'elle offre également au service pédiatrique du CHR de Roubaix.

2^e étape en 2006 : formation des relais

Le temps manque à l'équipe pour multiplier les interventions d'éducation. La délégation de tâches est indispensable et envisageable car l'enfant rencontre de multiples acteurs dans son parcours : l'enjeu est de les mobiliser tous dans une démarche commune et complémentaire.

La formation de relais rend possible le partage des tâches, tout en valorisant de nouvelles orientations professionnelles. Plusieurs catégories professionnelles peuvent ainsi être impliquées dans le but de :

- créer et pérenniser des passerelles entre les différents professionnels autour de l'enfant ;

Exemple d'une prise en charge

L'accompagnement débute avant le rendez-vous par un appel téléphonique de rappel, pour prévenir le renoncement aux soins ; l'entourage familial de l'enfant est associé au déroulement des séances.

1^{re} séance

Une infirmière spécialement formée aux problèmes bucco-dentaires et à l'abord psychologique de l'enfant assure la prévention avec hygiène alimentaire et bucco-dentaire ; elle enseigne une méthode de brossage aux parents et au jeune patient ; l'enfant reçoit un kit dentaire complet et une fiche conseil à laquelle il pourra se référer. Puis il fait connaissance avec l'environnement du cabinet ; l'équipe laisse parler son imagination pour évoquer le « fauteuil relax », l'« aspirateur », le « bruit du vent » ou le « petit avion », mais les termes em-

ployés restent ensuite les mêmes pour rassurer l'enfant.

2^e séance

L'infirmière « dédiée » rappelle, sous forme d'un jeu questions-réponses, les notions sur le brossage et les choix alimentaires.

Elle prépare l'enfant à la séance de soins et à la découverte de l'acte. L'enfant est soigné hors de la présence parentale : les premiers soins sont peu invasifs (petite carie ou scellements protecteurs des sillons) pour familiariser l'enfant avec le matériel.

Quand des avulsions sont nécessaires, l'aide de la « petite souris » est fournie par l'association Ludopital. Durant le soin, l'infirmière explique aux parents l'importance du suivi.

Quand les soins sont terminés, des examens de contrôle sont prévus tous les six mois. L'enfant quittera le par-

cours accompagné vers 12-13 ans pour un circuit de soins classique.

Le centre fonctionne et ne désemplit pas ; un deuxième fauteuil est ouvert pour qu'un maximum d'enfants de 4 à 12 ans puissent bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins.

Le bilan est positif : si le vocabulaire n'évolue pas suffisamment (« arracher une dent » reste l'expression type), l'intégration du brossage bi-quotidien est souvent obtenu. L'éducation à la santé, très présente dès la première approche, se poursuit lors des soins avec rappel quand l'enfant vient en contrôle.

- disposer d'un langage commun pour potentialiser l'information donnée.

Échanges, ateliers, animations ciblent les responsables de crèches, les assistantes maternelles, les animateurs socio-éducatifs des centres aérés et de cantines, les éducateurs spécialisés, les enseignants des écoles maternelles et primaires et les élèves infirmiers.

Les étudiants de l'Institut de formation aux soins infirmier (IFSI) de Roubaix doivent dans leurs *cursus* élaborer un projet, et mettre en place une action de travail ; ils sont déjà intégrés dans le projet Epode. Les former à l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire est important et leur fait appréhender les interrelations entre prévention de l'obésité et prévention des risques carieux ; cela favorise des choix de projets et d'actions pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'enfant et, à terme, multiplie favorablement les professionnels spécifiquement formés.

3^e étape en 2007

Un parcours efficace doit permettre les soins sur place, la population concernée ne se soignant qu'en proximité. Le projet, porté par l'hôpital de Roubaix, nécessite la création d'un fauteuil dentaire : le centre d'examen de santé de Roubaix met à disposition un fauteuil dentaire déjà existant, qu'il faut équiper pour les soins, et où pourraient travailler des libéraux. Les chirurgiens-dentistes sont sollicités mais la faible démographie locale et leur charge de travail leur font refuser cette option.

Grâce à la participation de plusieurs partenaires et du conseil régional, en 2007 le fauteuil est équipé, et une convention de partenariat constructif entre la faculté et le service d'odontologie, le CHU de Lille et l'hôpital de Roubaix établit la mise à disposition d'étudiants pour travailler dans le centre deux demi-journées par semaine sous la responsabilité d'un tuteur hospitalo-universitaire. L'assurance maladie s'engage à rembourser les soins à l'hôpital de Roubaix. Selon l'âge de l'enfant et l'acte pratiqué, une partie des soins est par ailleurs comptabilisée par la CPAM dans le cadre du dispositif « M'Tdents ».

Le parcours coordonné d'éducation sensibilise l'enfant aux soins ; mais la prise en charge de jeunes patients nécessite un abord psychologique [22] : la plupart des enfants attendus par le centre ne connaissent pas le cabinet dentaire, même si la majorité se montrent coopératifs au cours du dépistage.

Les causes de refus de soins sont connues : trop jeune âge de l'enfant, vécu antérieur négatif, ou prise en charge longue qui lasse l'enfant quand les caries à traiter sont nombreuses. Il peut exister aussi un trouble du comportement ou un handicap.

Le manque de coopération peut être compensé : l'enfant, perméable aux sentiments négatifs de l'entourage, l'est aussi aux facteurs positifs ; un accompagnement individuel favorise l'installation d'une relation de confiance.

Un accompagnement plus ciblé doit être mis en place pour une éducation à la santé, voire éducation thérapeutique personnalisée pour les enfants souffrant d'un diabète : il faut les accompagner dans la démarche de connaissance de la maladie, de ses mécanismes et de sa gestion, pour qu'ils adoptent les réflexes de santé qui se mesureront en qualité de vie. L'étiologie du diabète est multifactorielle : elle répond à des prédispositions génétiques et à des facteurs environnementaux, ce qui est encore plus vrai pour le diabète de type 2.

Longtemps, seul le diabète de type 1 concernait les enfants : ces patients étaient moins touchés par la carie dentaire que la moyenne de la population générale, surtout si le diabète était équilibré car une gestion quotidienne de la pathologie chronique semble permettre à l'enfant une acquisition précoce des bonnes habitudes d'hygiène alimentaire et d'hygiène générale.

Les pédodontistes contribuent à l'information et à la formation des équipes de diabétologie du Nord-Pas-de-Calais et le côté bucco-dentaire est abordé dès l'annonce de la maladie car les mauvaises habitudes favorisent l'apparition de complications gingivales et dentaires ainsi que des polycaries évolutives. Le chirurgien-dentiste a un rôle important à jouer dans la prévention du diabète de type 2, fortement dépendant des facteurs environnementaux, et dans le traitement des jeunes patients déjà atteints par ces pathologies. L'action en réseau améliore la prise en charge bucco-dentaire de la maladie au quotidien, gain de qualité de vie pour ces enfants. 🦷

Remerciements : ce projet interprofessionnel s'est fait grâce à l'implication forte des acteurs. Merci à ceux qui ont permis cet aboutissement, particulièrement à Didier Lefèbvre, directeur territorial en charges des politiques publiques de santé pour la ville de Roubaix : son enthousiasme, sa ténacité ont fédéré tous les professionnels vers l'acquisition de nouvelles compétences ; à M. Maury, directeur de l'hôpital de Roubaix, et à J.P. Willem qui portent le projet avec conviction ; à Laurent Nawrocki, tuteur hospitalo-universitaire, qui établit des statistiques régulières de l'activité et contribue largement à sa pérennité.