



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2003

N° 83-03

THESE

Double

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Angélique MEDERLE

Née le 21 janvier 1977 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)



PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU DÉFAVORISÉ :
ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DE FAMILLES
DANS UN RELAIS DU COEUR

Présentée et soutenue publiquement le 09 SEP. 2003

28 28946

Examinateurs de la thèse :

Monsieur J.P. LOUIS

Professeur des Universités

Président

Mademoiselle C. STRAZIELLE

Professeur des Universités

Juge

Madame D. DESPREZ-DROZ

Maître de Conférences des

Juge

Madame E. ROLAND

Docteur en Chirurgie Dentaire

Juge

Monsieur M. BLIQUE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Juge

BU PHARMA-ODONTOL



104 063333 8

D

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Angélique MEDERLE

Née le 21 janvier 1977 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)



**PREVENTION BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU DÉFAVORISÉ :
ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DE FAMILLES
DANS UN RELAIS DU COEUR**

Présentée et soutenue publiquement le **09 SEP. 2003**

DG 2846

Examinateurs de la thèse :

Monsieur J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Mademoiselle C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Juge
<u>Madame D. DESPREZ-DROZ</u>	<u>Maître de Conférences des</u> <u>Universités</u>	<u>Juge</u>
Madame E. ROLAND	Docteur en Chirurgie Dentaire	Juge
Monsieur M. BLIQUE	Docteur en Chirurgie Dentaire	Juge

Assesseur(s) : Docteur C. ARCHIEN - Docteur J.J. BONNIN

Membres Honoraires : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG -

Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : J. VADOT

Sous-section 56-01 Pédodontie	M. J. PREVOST Mme D. DESPREZ-DROZ Mlle V. MINAUD Mlle A. SARRAND	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M.P. FILLEUL Mlle A. MARCHAL Mme M. MAROT-NADEAU Mme D. MOUROT Mlle A. WEINACHTER-PETITFRERE	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M. WEISSENBACH Mme C. CLEMENT M. O. ARTIS	Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. N. MILLER M. P. AMBROSINI M. J. PENAUD Mlle A. GRANDEMENGE M. M. REICHERT	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Et Réanimation	M. P. BRAVETTI M. J.P. ARTIS M. D. VIENNET M. C. WANG M. P. GANGLOFF Mlle A. POLO	Maître de Conférences Professeur 2 ^{ème} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. A. WESTPHAL M. J.M. MARTRETTTE Mme L. DELASSAUX-FAVOT	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. C. AMORY M. A. FONTAINE M. M. PANIGHI M. J.J. BONNIN M. P. BAUDOT M. C. CHARTON M. J. ELIAS	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade * Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. J.P. LOUIS M. C. ARCHIEN M. C. LAUNOIS M. J. SCHOUVER Mlle M. BEAUCHAT M. D. DE MARCH M. L.M. FAVOT M. A. GOENGRICH M. K. JHUGROO	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle C. STRAZIELLE M. B. JACQUOT M. C. AREND	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant

* temps plein - *italique* : responsable de la sous-section

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université Henri Poincaré,
Nancy I

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Responsable de la sous-section : Prothèses

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la qualité de votre enseignement au cours de nos années passées à la faculté.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

A NOTRE JUGE

Mademoiselle le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités

Habilité à diriger des Recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Vous honorez de votre présence ce jury de thèse.

Veuillez trouver en ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Dominique DESPREZ-DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Pédodontie

Vous nous avez permis de trouver notre vocation par votre enseignement théorique et clinique.

Nous avons aujourd'hui le privilège de faire partie de votre équipe.

Veuillez trouver dans cette thèse, que vous nous faites l'honneur de diriger, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Edith ROLAND

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable du secteur odontologique du Centre de Médecine Préventive
de Vandoeuvre-lès-Nancy

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir faire partie de notre jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre aide, votre disponibilité, votre soutien et vos conseils tout
au long de nos recherches.
Veuillez trouver en ce travail le témoignage de notre sincère gratitude et de notre profonde
reconnaissance.*

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Michel BLIQUE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vous avez permis la réalisation de cette enquête et nous avez permis de travailler à vos côtés au sein du Comité de Prévention.

Que ce travail soit l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A MES PARENTS

Pour leur soutien et leur amour.

Merci de m'avoir permis d'arriver là où je suis aujourd'hui et de m'aider dans tous les moments difficiles.

Et merci pour les travaux !

A MON JEAN-PHILIPPE

Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée dans la vie.

Merci pour ta présence, ta patience, ton amour, et ton combat contre les allergies respiratoires, rien que pour moi !!!

Ah, au fait, c'est oui !!!

A MA SOEUR ET OLIVIER

Vous me manquez !

A MES BEAUX-PARENTS

Merci d'avoir mis au monde mon futur mari !

A TOUTE MA BELLE-FAMILLE

Merci pour votre accueil chaleureux.

Merci à Margaux, Antonin, Paul et Jeanne d'intégrer précocément dans la famille leur « Tatie Brosse-à-dents » !

A MARIE-LAURENCE

Merci pour toutes ces bonnes soirées passées ensemble.

Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin.

A MA DEUXIEME MAMAN

Merci pour toute ton affection et pour tous les bons moments que nous vivons quand tu es là.

Mais désolée d'avoir choisi un fiancé qui te surnomme « Tata Lelette » !!!

Prends soin de toi ; il n'y a pas que les bénéficiaires des Restos qui ont besoin de toi.

AU DOCTEUR FISZON

Merci de m'avoir apporté tout votre savoir et votre motivation

A NATH. ET MICKAEL, MORGANE, MAT. ET FRANCOIS-XAVIER

A MES GRANDS-PARENTS

**A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE ROBERT ET DE MON ARRIERE
GRAND-MERE GERMAINE**

A TOUTE MA FAMILLE ET MES PROCHES

**A MES ANIMAUX (SBPBM ET TBPBM) ET CEUX DE MES PARENTS, les
rayons de soleil des MEDERLE !**

- La première étape est l'infection primaire par le Streptocoque mutans.
- La deuxième est la multiplication bactérienne, liée à l'exposition fréquente et prolongée aux substrats cariogéniques (les hydrates de carbone).
- La troisième étape est la déminéralisation rapide de l'émail aboutissant à la formation de caries.

1) Infection primaire par le Streptocoque mutans :

Les enfants ne sont pas porteurs de Streptocoque mutans à la naissance. Cette bactérie leur est transmise par leur entourage, d'autant plus qu'il y a des contacts rapprochés entre l'enfant et une personne déjà contaminée (Aaltonen, 1991).

Cette personne qui est le plus souvent en contact avec l'enfant est en général la mère (Slavkin, 1997). Une maman a plus de risques de contaminer son enfant lorsqu'elle l'embrasse, goûte sa nourriture..., surtout si elle présente un mauvais état bucco-dentaire (Watson et coll., 1999), si elle ne se brosse pas régulièrement les dents, si elle grignote fréquemment ou si elle présente un niveau d'éducation et un statut socio-économique plus bas (Ripa, 1988, Wan et coll., 2001, 80 (12)).

Plus la mère a des contacts salivaires avec son enfant et plus sa salive contient de Streptocoque mutans, plus tôt la colonisation buccale par cette bactérie se fera chez l'enfant (Caufield et coll., 1993, Gripp & Schlagenhauf, 2002).

Les mères ayant des caries non soignées possèdent des taux salivaires importants de Streptocoque mutans qu'elles risquent de transmettre à leurs nouveaux-nés et jeunes enfants, augmentant ainsi le risque de caries (Brambilla et coll., 1998).

En 1994, Alaluusua & Malmivirta montrent que le développement de caries chez l'enfant est associé au taux salivaire de Streptocoque mutans de la maman. D'ailleurs, Köhler et coll. observent en 1983 que la réduction du taux de Streptocoques mutans chez la mère retarde ou prévient la colonisation de la bactérie chez son enfant.

D'autre part, Caufield et coll. (1993) montrent que la transmission de la bactérie a lieu dans une « fenêtre d'infectivité » allant de 19 à 31 mois, car celle-ci correspond à la période d'éruption des molaires temporaires présentant des puits et fissures et représentant ainsi des niches pour le Streptocoque mutans. Mais Wan et coll. (2001 a) observent que les enfants peuvent être colonisés par le Streptocoque mutans avant l'éruption de leurs premières dents, d'autant plus que les enfants sont nourris au sein par leur mère. Ils expliquent cela par l'augmentation des contacts rapprochés lors de l'allaitement (2001, 80 (12)).

2) Exposition aux hydrates de carbone :

Watt et coll. (2000) montrent qu'une forte proportion d'enfants d'âge préscolaire boivent de grandes quantités de boissons riches en substances cariogéniques.

En Grande-Bretagne, Moynihan & Holt (1996) observent que les enfants de 1 an $\frac{1}{2}$ à 3 ans $\frac{1}{2}$ qui consomment des boissons sucrées la nuit ou des confiseries toute la journée, ont une prévalence plus élevée de caries. En Angleterre, Levine (2001) obtient les mêmes résultats pour les enfants de 2 à 16 ans consommant des aliments ou des boissons sucrées, avant de se coucher ou pendant la nuit. Il propose le concept de « zone sans sucre » pendant l'heure précédant le coucher. De plus, tous ces produits néfastes à la santé bucco-dentaire font l'objet d'une publicité importante, en particulier dans les plages horaires réservées aux émissions télévisées des enfants (Chestnutt & Ashraf, 2002).

3) Déminéralisation rapide de l'émail :

Ce phénomène a été décrit par Ripa en 1988 sous forme de « caries rampantes ».

Il y a différents facteurs de développement des caries précoces du jeune enfant ou ECC (Early Childhood Caries) (Reisine & Douglass, 1998). On distingue les caries liées à l'utilisation du biberon au-delà de l'âge d'un an (syndrome du biberon), les caries liées à l'allaitement, celles qui sont dues aux sirops médicamenteux ou aux traitements homéopathiques (Muller-Giamarchi & Jasmin, 1990), les caries provoquées par le grignotage de pain (atteignant en général les incisives inférieures) et les caries dues aux tétines chargées de miel.

Pour Wendt et coll. (1996), ce n'est pas l'allaitement seul qui est en cause dans le développement de caries précoces ; il s'agit de l'association de plusieurs facteurs tels qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, ou la consommation de boissons sucrées. Roberts (1982) pense quant à lui que c'est la fréquence de l'exposition au lactose maternel qui est à l'origine des caries, lorsque les enfants sont nourris « à la demande ».

Le syndrome du biberon est un exemple de caries précoces du jeune enfant. C'est une affection touchant les incisives maxillaires temporaires après leur éruption, et qui se répand très rapidement aux autres dents temporaires. Les quatre incisives mandibulaires sont généralement épargnées car elles sont

protégées par la langue et la salive, alors que les incisives maxillaires sont plus exposées, car elles sont en contact direct et prolongé avec les hydrates de carbone, le flux salivaire étant réduit naturellement à ce niveau. Ce syndrome est souvent lié à l'utilisation inadaptée du biberon contenant des substances sucrées autres que de l'eau, ou à l'alimentation au sein prolongée (Milnes, 1996). Le risque carieux est accentué lorsque les parents laissent l'enfant s'endormir avec le biberon durant la nuit où le nettoyage physiologique par la salive ne se fait plus, et le sucre reste collé sur les dents (Watson et coll., 1999). En 1993, Paunio et coll. observent une corrélation entre l'utilisation du biberon contenant des liquides sucrés la nuit chez des enfants de 18 mois, et le développement carieux à 36 mois, tout comme Alaluusua & Malmivirta en 1994. Cependant, Reisine & Douglass (1998) précisent que dans la plupart des études faites sur le sujet, l'utilisation du biberon la nuit est fréquente parmi les enfants atteints de caries précoce, mais qu'elle l'est aussi parmi les enfants exempts de caries, ce qui souligne le fait qu'il s'agit d'un problème multifactoriel, mettant aussi en cause le Streptocoque mutans et l'absence d'hygiène.

Le tempérament est l'ensemble des comportements qu'un enfant présente face à son environnement. Un tempérament difficile peut être associé à des désordres de type intestinal (colique), allergique, comportemental, ou à des troubles du sommeil (Kendrick et coll., 1998).

Certains enfants seraient d'autant plus à risque de caries qu'ils ont des troubles du sommeil et un tempérament difficile. En effet, s'ils sont nerveux et/ou crient avant de s'endormir, les parents leur donnent un biberon sucré la nuit pour tenter de les calmer (Ripa, 1988, Muller-Giamarchi & Jasmin, 1990). Ils pensent qu'il n'y a pas de solution, puisqu'il n'est pas possible de changer le tempérament de leur enfant. De plus, il leur est difficile de faire face à un enfant capricieux lorsqu'ils sont déjà stressés et soucieux (Weinstein et coll., 1992). Mais pour Quinonez et coll. (2001, *Caries Res.*), le stress parental ne suffit pas à expliquer la survenue des caries précoce.

Dans leur étude de 1998, aux Etats-Unis, Kendrick et coll. ne trouvent pas de différences de tempérament entre les enfants présentant des caries précoce et ceux indemnes de caries. Selon eux, il y a des facteurs étiologiques plus importants que le tempérament pour expliquer la prévalence de caries précoce chez les jeunes enfants.

Quinonez et coll. (2001, *Pediatr. Dent.*) montrent que le tempérament ne permet pas non plus de prédire la durée du comportement alimentaire néfaste.

L'environnement social regroupe entre autres les facteurs socio-économiques (classe sociale, précarité), les facteurs comportementaux (facteurs ethnique et

culturel, stress qui aboutissent à la malnutrition), et le système de délivrance des soins (Reisine & Douglass, 1998), en particulier pour les immigrés.

1.1.2. Statut socio-économique.

Dans les années 40, Wilkins a montré que la carie dentaire était devenue une maladie de la « pauvreté » (in Beal, 1998).

D'autres auteurs, tels que Weddell et Klein en 1981, constatent que la prévalence carieuse et le degré de sévérité des gingivites chez des enfants de 6 à 36 mois, sont indépendants du sexe et du statut socio-économique, bien qu'ils observent une fréquence plus élevée des caries pour les populations de milieux socio-économiques moyen et moyen-bas.

Depuis, de nombreux auteurs mettent en corrélation prévalence carieuse et statut socio-économique moyen et bas, même si les individus dans la précarité bénéficient souvent d'un programme d'aide en ce qui concerne les soins dentaires, ainsi que des programmes de prévention scolaire pour leurs enfants. Cette corrélation est également présente dans les régions où l'eau est fluorée (Demers et coll., 1990).

Partout dans le monde, des études viennent corroborer la relation entre les caries dentaires de l'enfant et la classe sociale à laquelle il appartient (Grindefjord et coll., 1993, Provart & Carmichaël, 1995, Hinds & Gregory in Beal, 1998, Sweeney et coll., 1999, Dini et coll., 2000, Radford et coll., 2000...).

Le statut socio-économique d'une famille est étroitement lié à la profession et au revenu des parents, mais aussi au niveau d'éducation de ceux-ci et à la structure familiale. Ce statut est à l'origine d'un certain nombre de comportements liés aux conditions de vie des individus.

1.1.2.1. Profession, revenu.

Gibson et Williams remarquent en 1999 que la classe sociale est le meilleur prédicteur de caries, plus significatif que la fréquence de brossage des enfants et encore plus que la consommation de sucreries.

En 2000, Radford et coll. montrent que les enfants vivant dans des quartiers démunis ont des fréquences plus élevées de caries par rapport aux quartiers favorisés.

Dini et coll. (2000) trouvent également une prévalence de caries plus élevée dans les familles dont les parents sont ouvriers ou chômeurs.

Les caries sont associées aux revenus de la famille et à la classe sociale du chef de famille, et ce, d'autant plus que les enfants grandissent (Moynihan & Holt, 1996).

Dès l'âge de 2 ans, l'écart de santé dentaire est visible entre les enfants d'origine ouvrière et les enfants de famille plus aisée (Hinds & Gregory in Beal, 1998).

Aux Etats-Unis, une étude nationale (NHANES III) de 1988 à 1994 a mis en évidence ce lien entre prévalence carieuse et revenu familial bas (Vargas et coll., 1998).

De même, Sweeney et coll., en 1999, montrent que des enfants écossais de 5 ans venant des quartiers les plus défavorisés ont plus de trois fois la quantité de pathologie dentaire trouvée chez des enfants du même âge, en provenance des quartiers moins défavorisés. Les traitements de ces enfants sont généralement des extractions.

Grindefjord et coll. obtiennent les mêmes résultats en 1993 dans la banlieue de Stockholm où l'on trouve beaucoup de familles à faibles revenus.

En Angleterre, les enfants vivant dans la précarité matérielle ont également plus de caries dentaires, dans une étude de Provart & Carmichaël (1995) : 33% des enfants les moins défavorisés ont des caries, contre 51% chez les plus défavorisés. Jones & Nunn obtiennent la même année un CAO pour les dents temporaires de 0.38 pour les moins défavorisés, contre 0.84 chez les plus défavorisés (familles au chômage, monoparentales ou étudiants).

Les différences d'expérience carieuse, en fonction du statut socio-économique, seraient moins inégales chez les adultes que chez les enfants, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis (Watt & Sheiham, 1999, Edelstein, mars-avril 2002).

Plus le revenu familial augmente, plus les parents emmènent leurs enfants en consultation (Waldman, 1993), tandis que plus le niveau socio-économique est bas, plus l'état de santé est mauvais, et moins il y a de recours aux soins (Edelstein, mars-avril 2002). Tinanoff et coll. remarquent en 1991 que 80 % d'enfants du Connecticut, d'âge préscolaire, dont la famille a un faible revenu, et chez lesquels on a dépisté des caries dentaires, ne répondent pas à leurs besoins en soins.

Ces résultats sont en contradiction avec ceux de Al-Khateeb et coll. (1990) selon lesquels le taux de caries dentaires est plus élevé chez des enfants d'Arabie Saoudite dont les parents ont un revenu élevé. Par contre, l'association entre un niveau d'éducation parental bas et un revenu élevé est liée à une

prévalence plus élevée de caries (Al-Hosani & Rugg-Gunn, 1998). De même, Du et coll. précisent en 2000 que l'association entre statut socio-économique élevé, et faible prévalence et sévérité moindre de caries, a été observée en Europe et en Amérique du Nord, alors que les études africaines montrent le contraire. Ceci pourrait s'expliquer par la consommation plus élevée de sucreries pour les familles aisées dans les pays en voie de développement. D'autre part, Du et coll. n'ont pas observé, dans leur propre étude en Chine, en 2000, de différence significative dans la proportion des caries lorsque le statut socio-économique était basé sur le niveau d'éducation de la mère et le revenu familial, contrairement à de nombreuses autres études.

On observe un lien étroit entre la fréquence d'alimentation par le biberon, ou avec des boissons sucrées, l'âge auquel le sevrage se fait, et la classe sociale de l'enfant (Dini et coll., 2000).

Weinstein, en 1998, souligne le fait que ces caries précoces du jeune enfant affectent les populations désavantagées telles que les immigrants, les minorités ethniques et les individus dans la précarité. Ainsi, il s'agit d'un problème d'éducation, mais aussi d'un problème social puisqu'il survient dans les couches populaires les plus défavorisées. En effet, les problèmes sociaux ont tendance à augmenter avec la polarisation de la société en deux catégories : les plus favorisés d'un côté et les défavorisés de l'autre. Il s'agit également d'un problème politique puisque sa prise en charge nécessite des modifications dans les valeurs et priorités politiques (Ismail, 1998).

Ces différences en matière de santé dentaire en fonction de la classe sociale peuvent être expliquées de deux façons différentes : par les disparités dans l'utilisation des services dentaires, ou par les différences de comportements en matière de santé dentaire en fonction des groupes sociaux. Milén (1987) pencherait plutôt pour la deuxième explication mais ses résultats ne corroborent pas l'hypothèse : l'association entre classe sociale basse et caries serait indépendante des comportements en santé dentaire.

Pourtant, Dilley et coll. montrent dans leur étude de 1980 que les enfants atteints de lésions carieuses au niveau des incisives maxillaires sont plutôt issus de milieux défavorisés dans lesquels les parents ignorent l'âge auquel le sevrage et l'initiation à l'hygiène doivent survenir.

Selon Eckersley & Blinkhorn (2001), cette différence de prévalence carieuse entre classes sociales serait liée à une consommation plus élevée de sucreries dans les classes défavorisées, ce qui a été confirmé en Lorraine par l'étude du Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre, de 1994 à 1998 : la consommation de sucreries et les besoins en soins dentaires sont toujours plus importants dans les familles en situation précaire (Tableau de bord). D'autres

auteurs montrent que les enfants d'ouvriers se brossent moins les dents et débutent le brossage à un âge plus tardif (Gibson & Williams, 1999, Eckersley & Blinkhorn, 2001). De même, Carmichael et coll. (1989) remarquent que les enfants vivant dans les milieux les plus défavorisés se brossent moins régulièrement les dents avec un dentifrice fluoré: 55% des ventes de dentifrices sont destinés à seulement 20% des foyers (Jackson in Carmichael et coll., 1989). Selon Silver également (1992), les familles ouvrières adoptent moins les comportements souhaités.

Les parents de milieu plus élevé sont plus à même de suivre les recommandations nutritionnelles qui leur sont faites, et donc de restreindre la consommation d'aliments riches en hydrates de carbone pour leurs enfants (Persson & Samuelsson, 1984).

D'autre part, l'éventuelle différence qui existe au niveau de la santé générale, entre individus de statut différent, pourrait affecter la résistance des dents à la carie, et expliquer ainsi la différence de prévalence carieuse. En effet, les familles de niveau socio-économique bas sont désavantagées d'un point de vue financier, social et matériel, ce qui compromet pour eux la possibilité de prendre soin d'eux-mêmes, d'accéder aux soins de santé par les professionnels, et de vivre dans un environnement sain. Tout ceci aboutit à une diminution de leur résistance aux pathologies orales et autres pathologies (Holm, 1990).

Les taux de pathologies cardiaques, de cancers, de séropositivité et du SIDA, ainsi que les accidents, sont plus élevés parmi les groupes socio-économiques les plus pauvres en Ecosse, et ces inégalités en matière de santé se retrouvent dans beaucoup d'autres pays (MacIntryre in Sweeney et coll., 1999). D'ailleurs, dans les pays les moins développés, il y a une relation évidente entre le revenu moyen et les indicateurs de santé tels que l'espérance de vie (Quick & Wilkinson, in Sweeney et coll., 1999). Les facteurs socio-économiques affectent en effet la santé, et augmentent le risque de mort prématurée, au cours du temps (Smith et coll., 1997).

Une étude réalisée de 1994 à 1998 en Lorraine par le Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre a mis en évidence une relation nette entre précarité et fréquence de l'obésité chez les moins de 20 ans, surtout chez les filles (Tableau de bord). Waldman fait la même observation en 2000 aux Etats-Unis : les enfants défavorisés ont deux fois plus d'excès pondéral que les autres enfants. Dans l'étude de Weinstein et coll. de 1992, les enfants atteints de caries ont plus tendance à avoir des parents obèses et des problèmes de santé. Or si les adultes ne peuvent se restreindre eux-mêmes, ils ne pourront le faire pour leurs enfants (Johnsen, 1982).

Inversement, les pathologies dentaires peuvent avoir des répercussions sur la croissance, les fonctions orales, les comportements et le bien-être des enfants (Edelstein, mars-avril 2002).

En Turquie, Ayhan et coll. (1996) remarquent que les caries précoce affectent la croissance des enfants : ils présentent un poids et une taille significativement moins importants que les enfants non atteints. Ils ont également plus tendance à peser moins de 80% de leur poids idéal.

On observe les mêmes problèmes de poids aux Etats-Unis. Après leur prise en charge sous anesthésie générale, les enfants atteints de caries précoce voient une augmentation significative de leur vitesse de croissance, et ne présentent plus de différence de poids un à deux ans plus tard (Acs et coll. 1999). Thomas & Primosch n'observent pas ces mêmes résultats en Floride en 2002, mais ils constatent cependant une amélioration de la qualité de vie des enfants suite à leur prise en charge sous anesthésie générale.

En effet, les caries dentaires agissent également sur la qualité de vie des enfants. La douleur peut s'exprimer indirectement sur leurs comportements. Aux Etats-Unis, Low et coll. (1999) montrent que le traitement des caries améliore l'alimentation, le sommeil et les épisodes douloureux que vivent ces enfants.

Les caries ont également une incidence sur les fonctions orales (Muller-Giamarchi & Jasmin, 1990) : la perte prématuée des dents cariées n'est pas sans conséquences physiologiques (déglutition anormale, problèmes orthodontiques et orthophoniques), psychologiques et relationnelles (problèmes esthétiques).

Ainsi, les enfants dont les parents ont un faible revenu, ont des besoins en soins plus importants et consultent plutôt en secteur public (Woodward, 1996, Lewis & Nowak, 2002), d'autant plus qu'ils ont des soins complexes à réaliser ou un passé médical lourd.

Mais ces secteurs sont de plus en plus engorgés et les soins à réaliser sont particulièrement longs, d'où des délais d'attente de plus en plus importants pour la réalisation des soins. Lewis & Nowak évaluent en 2002 les délais d'attente pour les soins réalisés aux Etats-Unis, et trouvent que le temps moyen d'attente pour des soins dentaires complexes sous anesthésie générale chez un enfant souffrant de douleurs est de 28 jours ; sans douleur, ce délai pour une anesthésie générale passe à 71 jours, et pour un traitement par sédation, ce délai est de 36 jours.

Mais les usagers des centres de soins gratuits ne semblent pas considérer comme prioritaire la nécessité de soigner leurs dents, d'où leur faible recours aux soins et l'aggravation de leurs problèmes dentaires (Beynet & Menahem, 2002). Une enquête du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) de 2002 a montré que 20 % des consultants de centres de soins gratuits estiment que les soins dentaires sont inutiles ou

secondaires (Beynet & Menahem, 2002). Or chez 72 % d'entre eux, l'état dentaire est défectueux. Les minorités et les familles de faible revenu consultent dans la grande majorité pour recevoir des soins curatifs plutôt que préventifs (Nainar, 1998, Eckersley & Blinkhorn, 2001). Les personnes démunies ont peu souvent conscience de la gravité de leurs problèmes dentaires, et donc de la nécessité de soins et de prothèses. Ils attendent souvent que la douleur soit insupportable ou de ne plus pouvoir manger pour consulter (Beynet & Menahem, 2002).

Une étude dans l'Ohio, de 1998 à 1999, a mis en évidence une réalisation particulièrement plus faible de sealants chez les populations de bas revenu et les minorités ethniques (Impact of targeted, school-based dental sealant programs in reducing racial and economic disparities in sealant prevalence among schoolchildren-Ohio, 1998-1999). Ces populations ne perçoivent pas l'intérêt des visites de routine et ne consultent en général qu'en cas d'urgence (Beynet & Menahem, 2002). Or les pathologies ont une incidence sur la façon de s'alimenter, la possibilité d'avoir un emploi stable et le logement : la santé dentaire s'aggrave alors, décrivant une boucle sans fin. L'esthétique, liée au domaine dentaire, est un facteur non négligeable pour la recherche (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

De même, ces individus ne sont pas conscients de l'importance du suivi après traitement, même lorsque les enfants ont été pris en charge sous anesthésie générale (Primosch et coll., 2001). Pourtant, ces enfants restent à haut risque de caries, malgré les mesures préventives mises en place (Almeida et coll., 2000). Grindefjord et coll. (1995 a) indiquent que les enfants atteints de caries précoces présentent une progression carieuse rapide et sont à haut risque de développement de nouvelles lésions.

Cependant, ces populations ont parfois une accessibilité limitée aux services dentaires. C'est le cas aux Etats-Unis où ils présentent de faibles remboursements par leur couverture sociale (Ismail, 1998), ce qui les incite davantage à ne consulter qu'en cas d'urgence.

Aux Etats-Unis, 26 millions d'enfants ne disposent d'aucune couverture, et 15 millions bénéficient de la couverture Medicaid. Mais même avec cette couverture, les bénéficiaires rencontrent des obstacles de la part des dentistes qui refusent de les prendre en charge du fait des faibles honoraires autorisés, de la lenteur des rémunérations, des contraintes administratives qui y sont liées, du manque de bénéfices et du comportement des patients dont la responsabilisation n'est pas favorisée par ce système (McNabb et coll., 2000). En 1999, une étude montre que près de la moitié des dentistes américains ne soignent aucun bénéficiaire de Medicaid. Or les enfants défavorisés souffrent deux fois plus de caries dentaires que les autres enfants, et parmi les enfants

bénéficiant de Medicaid, 20% nécessitent des traitements importants, voire très étendus (Lewis & Nowak, 2002).

On observe une situation semblable en France avec la Couverture Médicale Universelle (CMU) (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002 et 2003).

D'autre part, Tickle et coll. (2002) décrivent des inégalités de prise en charge de traitement parmi certains praticiens en Grande-Bretagne : les enfants de milieu précaire auraient plus d'extractions que les autres enfants, sans tenir compte de leur passé carieux.

Ces enfants nécessitent en outre une prise en charge particulière afin de les familiariser aux soins, d'autant plus qu'ils sont jeunes, que les soins sont importants et qu'ils n'ont jamais consulté de dentiste, mais ce sont ces situations qui provoquent une réticence parmi les dentistes généralistes.

De nombreuses études associent donc les inégalités de santé avec la position sociale des individus. Smith et coll. (1997) proposent de tenir compte du vécu du sujet, c'est-à-dire de la classe sociale dans laquelle il a vécu enfant, mais aussi celle dans laquelle il vit à l'âge adulte : monter dans l'échelle sociale augmente les chances de garder la santé.

La catégorie professionnelle et le revenu des parents ont ainsi un lien important avec la santé dentaire de leurs enfants. Mais la précarité n'est pas seulement économique ; elle est également reliée aux conditions de logement, au degré d'isolement, à l'existence d'une protection sociale et à la régularité du séjour dans un pays pour les étrangers (Beynet & Menahem, 2002).

1.1.2.2. Niveau d'éducation parental.

Verrips et coll. (1992, 1993) montrent que le niveau d'éducation parental, en particulier celui de la mère, est un facteur de risque de caries pour les enfants, en première comme en deuxième denture. Selon Grindefjord et coll. (1993, 1995 b), le niveau d'éducation maternelle est un prédicteur significatif du développement carieux.

Le manque de connaissances des parents en ce qui concerne les comportements alimentaires appropriés pour leurs enfants s'ajoute au risque carieux, en particulier dans les familles immigrées : le fait d'être immigré ou d'avoir un faible niveau d'éducation multiplie par 32 le risque de carie (Grindefjord et coll., 1995 b). Edelstein (mars-avril 2002) constate également que les disparités, en

matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins, sont significatives si l'on compare les populations noires, hispaniques et les Indiens d'Amérique aux populations blanches, et si l'on compare les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation bas par rapport à ceux dont les parents ont atteint un niveau d'étude supérieur.

De même, Al-Hosani & Rugg-Gunn mettent en évidence dans leur étude de 1998, tout comme Serwint et coll. en 1993, que les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation élevé ont moins de caries que ceux dont les parents ont un niveau moyen ou bas.

Grytten et coll. (1988) mettent en relation le passé carieux des enfants avec le nombre de dents manquantes de la mère, son rythme de consultation dentaire et son niveau d'éducation. Une étude de Persson & Samuelson (1984) indique que les mères de niveau socio-économique ou de niveau d'éducation plus élevés introduisent les produits riches en sucre et en gluten plus tardivement et ont tendance à allaiter plus longtemps leur enfant. Les mêmes différences sociales sont visibles lorsque l'enfant est âgé de 12 mois. Ces mères se révèlent plus à même de suivre les conseils qu'on leur donne par rapport aux autres mamans de niveau social plus bas.

Plus récemment, Dini et coll. (2000) mettent en évidence une prévalence plus importante de caries, en particulier de caries rampantes, lorsque la mère est analphabète ou a un niveau d'études inférieur à 4 ans.

Freeman et coll. arrivent aux mêmes résultats en 1989 au Texas : plus le niveau d'éducation de la mère augmente, plus la prévalence de caries diminue chez les enfants. Par contre, ils observent le contraire pour les familles d'origine hispanique. Ce résultat paradoxal est parallèle à celui obtenu par Al-Khateeb et coll. (1990) en ce qui concerne la relation entre la prévalence de caries et le revenu des parents.

1.1.2.3. Structure familiale.

Depuis la dernière décennie, la structure familiale s'est beaucoup modifiée, avec une augmentation des divorces, des naissances hors mariage et des familles monoparentales (Nowak & Casamassimo, 1995). L'aménagement de deux maisons appauvrit en général au moins l'un des deux parents. Ceci n'est pas sans conséquences émotionnelle, comportementale, psychologique et scolaire sur les enfants. Le facteur économique est décrit comme prépondérant dans les risques d'apparition de troubles psychologiques chez les enfants dont les parents se

séparent (Martin-Lebrun, 10^o Congrès National de l'AFPA, 2002). La santé n'est pas non plus épargnée (troubles du langage, asthme, problèmes chroniques...) (Waldman, 1992).

Au moment d'une rupture de couple parental, il existe souvent chez un enfant une souffrance psychique intense avec tristesse, perte de confiance en soi, dans la vie et dans les adultes. L'enfant peut alors se comporter en véritable tyran. Le risque le plus important est de céder à l'envahissement de l'enfant qu'une position trop importante va paradoxalement angoisser. Les parents cèdent souvent à leur enfant et à leur sentiment de culpabilité : c'est ainsi qu'ils commencent à essayer de compenser la souffrance qu'ils font subir à leur enfant par des sucreries, entre autres (Martin-Lebrun, 10^o Congrès National de l'AFPA, 2002).

Von Kaenel et coll. (2001) montrent que les enfants les plus vulnérables à la carie sont des enfants issus de famille monoparentale, appartenant à une population minoritaire, et n'ayant pas d'assurance ou bénéficiant d'une aide gouvernementale. Ces enfants seraient en effet plus vulnérables d'un point de vue social : outre les douleurs dentaires, ils présenteraient plus de risque d'être parent jeune et d'abandonner l'école.

Les parents seuls n'ont pas toujours de facilités de transport pour emmener leurs enfants en consultation ; ils sont vite débordés par le quotidien : le travail, les enfants ... et ont alors d'autres priorités que la santé.

Ils peuvent également moins superviser l'alimentation de leurs enfants ; or le grignotage a beaucoup augmenté depuis 20 ans, surtout aux Etats-Unis (Jahns et coll., 2001) et ces familles pourraient être touchées en priorité.

De même, poser des limites est plus difficile dans les familles monoparentales où l'adulte présent doit assumer des fonctions différentes (Martin-Lebrun, 10^o Congrès National de l'AFPA, 2002).

Dans une étude de Marino et coll. (1989), les enfants atteints de caries précoces sont la plupart du temps issus de famille monoparentale. Des facteurs socio-démographiques interagiraient donc avec les facteurs biologiques pour prédisposer l'enfant à ce fléau. Quinonez et coll. (2001, *Caries Res.*) montrent que les enfants appartenant à une minorité ethnique, à un milieu défavorisé et à une famille monoparentale de bas niveau d'éducation ont plus de risques de développer des caries précoces.

Pour certains, une famille peu nombreuse est plus souvent associée aux caries précoces du jeune enfant (Muller-Giamarchi & Jasmin, 1990, Eronat & Eden, 1992). Pour d'autres (Silver, 1992), le développement de la maladie serait plutôt favorisé dans les familles nombreuses où les parents sont débordés par les

tâches quotidiennes qui sont multipliées par le nombre d'enfants. En effet, dans ces familles nombreuses, il est difficile d'avoir un suivi dans les rendez-vous qui sont très souvent annulés ou même oubliés. De plus, pour des familles de même niveau de « pauvreté », les familles nombreuses ont des ressources encore plus faibles (Del Valle et coll., 1998). Mais Johnsen, en 1982, n'a pas trouvé de différence significative en ce qui concerne le statut marital, le nombre d'enfants dans la famille, l'âge des parents, la race et la fluoruration de l'eau.

Pour Freeman et coll. (1989), l'incidence carieuse augmente avec le rang de naissance, contrairement à Muller-Giamarchi & Jasmin (1990). Les jeunes parents ont en effet plus de temps à consacrer à leur premier enfant et suivent mieux les conseils qu'on leur fournit.

Par contre, ils sont plus inexpérimentés, et parfois plus laxistes.

Pour Eronat & Eden (1992), les caries précoce du jeune enfant seraient liées à un problème de laxisme plutôt qu'à la négligence des parents ou à leur manque d'éducation : ils ne réussissent pas à dire non à leur progéniture (Johnsen, 1982). Les parents ne se reconnaissent plus comme éducateurs aujourd'hui, et l'enfant est roi. Les enfants de leur étude sont plutôt issus de familles peu nombreuses (2 enfants et moins) et de niveau socio-économique moyen et élevé, et les mères ont souvent fait des études universitaires. Ainsi, pour ces auteurs, l'éducation des parents intervient dans leur connaissance de la santé orale, mais pas dans l'incidence carieuse de leurs enfants.

D'autre part, les mères jeunes emmèneraient moins leurs enfants chez le dentiste (Paunio et coll., 1993). Mais pour Freeman et coll. (1989), l'âge de la mère n'a pas d'incidence sur la prévalence de caries de ses enfants.

1.1.2.4. Habitudes, comportements, conditions de vie.

Kawachi & Kennedy (1997) soulignent l'importance du contexte social dans lequel les familles défavorisées vivent : les besoins matériels ne suffisent pas à eux seuls à définir la « pauvreté ». Ainsi, tandis que le fossé se creuse entre les riches et les pauvres, la cohésion sociale de la communauté a été freinée, avec une mise à l'écart des populations défavorisées, dans les banlieues où la violence augmente (Beal, 1998). Ce contexte est à prendre en compte afin de comprendre les comportements en matière de santé de ceux qui sont dans la précarité.

L'utilisation du biberon est généralement devenue une habitude que les parents n'arrivent pas à changer, surtout s'ils sont démissionnaires ou si l'enfant est capricieux (van Everdingen et coll., 1996). Les parents ne peuvent substituer le biberon, car ils ne supportent pas les pleurs des enfants la nuit (Weinstein et coll., 1992), d'autant plus quand leur emploi et leurs conditions de vie sont fatigants et qu'ils se trouvent dans un état de stress important : ils ont alors besoin d'éviter d'engendrer un nouveau stress qui les empêcherait de dormir. D'ailleurs, l'utilisation du biberon la nuit est plus importante en semaine que pendant le week-end où les parents ont plus de temps et sont plus détendus (Weinstein et coll., 1992).

D'autre part, l'alimentation au biberon pourrait être maintenue pour combler une certaine frustration des parents souhaitant prolonger la période « bébé » (Muller-Giamarchi & Jasmin, 1990) ou tout simplement par facilité (Marino et coll., 1989) : il est pratique de toujours laisser à portée de mains un biberon disponible pour l'enfant, surtout lorsque les parents sont occupés.

En outre, l'arrêt du biberon remet en cause le fonctionnement de toute une famille et peut constituer pour elle un bouleversement qu'elle ne peut assumer. Les parents préféreront alors « guérir plutôt que prévenir » (Weinstein et coll., 1992, Domoto et coll., 1994).

Il est important de noter que les caries précoce du jeune enfant, tout comme la faim, l'éducation, les ressources familiales, l'emploi des parents et l'atteinte de son amour propre sont quelques-uns des problèmes que rencontrent ces familles dans lesquelles le syndrome du biberon est endémique. La santé dentaire, surtout lorsqu'il s'agit de celle d'un nourrisson, n'est donc pas une priorité pour ces individus vivant dans la précarité. Or la prise en charge de ces caries précoce demande des efforts quotidiens de la part de tous les individus qui gravitent autour de l'enfant (Ismail, 1998).

En ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, les parents des classes sociales basses auraient également plus tendance à laisser les enfants se brosser seuls les dents (Gibson & Williams, 1999), parce que leur occupation professionnelle ne leur permet pas d'être présents chez eux à ces moments de la journée, ou du fait du nombre d'enfants dans la famille, laissant aux enfants l'habitude de se débrouiller seuls. Or pour Verrips et coll. (1992), l'âge auquel les parents commencent à brosser les dents de leur enfant, ainsi que la fréquence du brossage, sont des facteurs potentiels de risque de caries.

Pour Nowak et coll. (1981), l'ignorance serait le facteur principal. Beal & Dickson (in Nowak et coll., 1981) trouvent que les mères d'enfants de 5 ans sont trop optimistes à propos des besoins de leur enfant...

En Caroline du Nord, Dilley et coll. (1980) observent que presque la moitié des enfants de leur étude ne sont pas gardés par leur mère. Ainsi, quand le bébé est nourri la nuit par une autre personne que le père ou la mère, l'enfant a moins tendance à développer des caries précoces (Weinstein et coll., 1992). Par contre, si ce sont les grands-parents qui ont la responsabilité des enfants pendant que les parents travaillent, il est à craindre un laxisme plus important du fait de cette relation particulière qu'entretennent des grands-parents avec leurs petits enfants. D'autre part, donner des conseils aux grands-parents est souvent mal toléré par ces derniers, car cela sous-entend pour eux qu'ils sont novices dans le domaine ou qu'ils auraient mal fait pour leurs propres enfants.

La conscience de la mère va avoir un impact important sur les pratiques futures de sa progéniture. Par exemple, les enfants dont les mères ne consultent qu'en cas de douleur sont déjà désavantagés, car ils risquent eux aussi d'adopter les mêmes pratiques (Hood et coll., 1998). De même, les mères qui consomment beaucoup d'hydrates de carbone vont transmettre cette habitude nocive à leurs enfants (Williams et coll., 2000, Wan et coll., 2001, 80 (12)).

De plus, les habitudes dentaires des mamans vont avoir une répercussion sur la transmission du Streptocoque mutans aux enfants, comme l'a montré l'étude de Wan et coll. de 2001 (80 (12) : 2060-5).

En 1991, en Suède, Grindefjord et coll. observent que les comportements influencés par la mère et qui prédisposent l'enfant à une colonisation précoce par le Streptocoque mutans, sont déjà établis.

1.1.3. Immigration.

Le statut d'immigré est montré par Wendt et coll. (1994), puis par Wang (1996), comme un facteur de risque de caries pour les enfants en âge préscolaire. En effet, ces populations se trouvent souvent dans une situation précaire, et leurs enfants ont ainsi un état dentaire assez préoccupant.

En Suède, Wendt et coll. mettent en évidence en 1991 une prévalence de caries de 22.2% chez des enfants de 2 ans de milieu immigré, et de seulement 4.5% chez des enfants de milieu non immigré.

De même, Grindefjord et coll. montrent également en Suède, en 1993, une prévalence carieuse significativement plus élevée chez des enfants de 2 ans $\frac{1}{2}$ issus de milieu immigré ; en 1995, ils mettent en évidence que le milieu immigré est le meilleur prédicteur de caries pour la consultation à l'âge de 1 an. Après

avoir pris en compte les facteurs bactériologiques, la consommation de sucre et la classe sociale, il apparaît que les enfants de milieu immigré sont trois fois plus touchés par la carie que les enfants de milieu non immigré.

Beaucoup de caries précoces du jeune enfant sont observées chez les immigrés. Le grignotage et le biberon de lait ou de jus de fruits jusqu'à l'âge de 4 ans sont des problèmes rencontrés dans ces populations, bien qu'elles soient souvent conscientes du risque dentaire encouru par ces pratiques (Harrison et coll., 1997). Tout comme Vidal & Schröder en 1989, ou comme Ekman en 1990, Grindefjord et coll. constatent en 1993 que les enfants de milieu immigré ont une consommation en sucre significativement plus élevée que les enfants de milieu non immigré. Ces enfants sont également issus de milieu socio-économique bas.

Mais parmi ce groupe défavorisé, on distingue des différences en ce qui concerne le risque du syndrome du biberon (Weinstein et coll., 1992). Les conditions de vie et l'adaptation difficile de ces populations immigrées entraînent un stress important chez eux qui ne favorisent pas l'arrêt du biberon la nuit. L'étude de Weinstein a montré que les mères qui recevaient de l'aide pour les soins d'hygiène de leur bébé avaient moins d'enfants touchés par le syndrome du biberon.

Le traitement des caries précoce du jeune enfant est très coûteux et les patients, en général, ne reçoivent pas de soins ou sont traités de façon inadaptée puisqu'ils ne peuvent aller au bout de leur traitement (Ramos-Gomez et coll., 1996). Ils nécessitent alors une prise en charge tardive en milieu hospitalier, sous sédation ou sous anesthésie générale, augmentant le coût du traitement et exposant l'enfant à un risque vital en ce qui concerne l'anesthésie générale (Ramos-Gomez et coll., 1996, Davies, 1998, Ismail, 1998). Ces populations immigrées ont des difficultés d'accès aux soins dentaires, malgré des besoins très importants, en particulier les sans-papiers qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale.

La récence d'arrivée dans un pays, ainsi que le degré d'intégration sont associés à la santé orale, en particulier lorsque les immigrés ne peuvent ni parler ni comprendre la langue de leur pays d'accueil (Vidal & Schröder, 1989). Les enfants n'ont pas une alimentation correcte du fait que les parents ne sont pas encore familiarisés avec les produits disponibles dans le pays où ils viennent d'arriver.

Un autre facteur intervenant peut être l'hygiène orale inadaptée, avec entre autres, l'utilisation de fluor et le brossage moins fréquents par rapport aux non

immigrants, ainsi que la présence de plaque dentaire visible dès l'âge d'un ou deux ans (Alaluusua & Malmivirta, 1994), ce qui indique la colonisation précoce du Streptocoque mutans et explique la fréquence plus élevée d'inflammation gingivale au contact de la plaque bactérienne, selon Grindefjord et coll. (1993). Ces mêmes auteurs, en 1995, émettent également l'hypothèse d'une différence d'immunité acquise contre la bactéries à l'origine de la carie dentaire, chez les mères immigrées. En effet, ces femmes sont peut-être nées dans des régions de faible prévalence carieuse et ont ainsi développé un faible niveau d'immunité acquise contre la carie. Elles seraient alors plus vulnérables à la carie en migrant, et leur bébé également. Ceci est valable si l'on considère que l'immunité maternelle contre le Streptocoque mutans est transmise au fœtus.

Ces populations nécessitent donc des conseils d'hygiène orale, mais aussi la mise en place d'une prévention primaire, dès l'âge d'1 an (Grindefjord et coll., 1993). Cependant, l'enquête du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) de 2002, en France, montre que les immigrés ont moins de problèmes dentaires que les Français, en particulier les étrangers en situation irrégulière, car celle-ci serait encore trop récente pour pouvoir constater ses conséquences en matière de santé dentaire. Par contre, le cumul d'absence d'emploi, de logement instable et d'isolement remet sur un pied d'égalité Français et étrangers en matière de santé dentaire (Beynet & Menahem, 2002).

1.1.4. Facteurs culturels, ethnies.

Le facteur ethnique est montré par Verrips et coll. (1992,1993) comme un facteur de risque carieux en denture temporaire. Reisine & Douglass (1998) expliquent également que les caries des tout-petits et de la première denture sont associées à deux variables démographiques majeures : la classe sociale et le facteur ethnique. Or il est difficile de séparer les influences culturelles et ethniques des effets du statut socio-économique bas et de la pauvreté sur les caries du tout-petit, car beaucoup d'études se sont portées sur les minorités ethniques de bas revenu (Reisine & Douglass, 1998, Dykes et coll., 2002).

Selon Del Valle et coll. (1998), les caries précoces du jeune enfant sont devenues une véritable « épidémie » dans les communautés ethniques minoritaires. Les taux de prévalence sont de 20 à 25% dans les groupes ethniques qui ont les plus bas revenus, mais sont encore plus élevés chez les Indiens d'Amérique.

Cependant, aux Etats-Unis, Barnes et coll. (1992) comparent la prévalence du syndrome du biberon parmi des enfants de 3 à 5 ans, issus de quatre groupes ethniques différents (Blancs, Noirs, Hispaniques et Indiens d'Amérique), de milieu rural ou non. Ils constatent que le syndrome du biberon serait plus associé au lieu de résidence (milieu rural) qu'au facteur ethnique.

Broderick et coll. (1989) ont étudié ces caries précoces parmi les Indiens d'Amérique et ont trouvé également une prévalence élevée dans cette population : de 29 à 100% chez les Navajo d'Arizona, et de 0 à 73 % chez les Cherokee d'Oklahoma, pour des enfants de 3 à 5 ans. Parmi les enfants atteints, 87% l'étaient de façon sévère.

Louie et coll. (1990) ont rapporté une prévalence plus élevée de caries chez les enfants Blancs que chez les Noirs, mais moins élevée par contre que chez les Hispaniques ou les Micronésiens, dans une étude réalisée en 1986-1987 en Californie, à Hawaii et en Micronésie.

Les études faites sur le syndrome du biberon dans les communautés hispaniques montrent en effet une prévalence élevée (Del Valle et coll., 1998) : 21% pour Hardwick et coll. (in Del Valle et coll., 1998) chez des enfants hispaniques de moins de 5 ans et de milieu urbain, 20% pour Serwint et coll. (1993) chez des enfants hispaniques venant de milieux urbains de Californie du sud et âgés de 18 à 36 mois, 12.9% pour Garcia-Godoy et coll. (1994) chez des enfants hispaniques de San Antonio âgés de 6 mois à 5 ans, 29% pour Domoto et coll. (1994) chez des enfants hispaniques de moins de 2 ans $\frac{1}{2}$, d'origine mexicaine, dans l'Etat de Washington. Ces auteurs montrent que les enfants dont les mères allaitent de façon prolongée ou utilisent le biberon pour obtenir la coopération de leur enfant, ont un risque élevé de caries.

En 1989, Freeman et coll. observent que les mères d'enfants d'origine hispanique et asiatique sont plus âgées, ont un niveau d'éducation plus bas, et ont tendance à reporter le sevrage par rapport aux mères d'enfants blancs et noirs. Parmi ces enfants hispaniques et asiatiques, 33% ont des caries non traitées, contre respectivement 18 et 15% chez les Blancs et les Noirs.

En 1997, Febres et coll. remarquent que la moitié des patients de leur étude, atteints de caries précoces, sont hispaniques. Vargas et coll. (1998) confirment cette observation à partir de l'étude nationale américaine (NHANES) de 1988 à 1994, selon laquelle les enfants américains, d'origine africaine et mexicaine, ont deux fois plus de caries et des taux plus élevés de caries non traitées, que les enfants blancs, d'origine non hispanique.

A Puerto Rico, la majorité des enfants hispaniques ont leur première consultation à l'âge de 3 ans alors qu'elle est recommandée plutôt à un an. Les taux de fluor dans les eaux de distribution sont en général inférieurs à 0.2 ppm (Del Valle et coll., 1998).

Milnes et coll. (1993 et 1996) montrent que les caries du biberon sont tellement courantes dans certaines populations que les parents les considèrent comme une maladie normale, affectant tous les enfants.

En raison de comportements alimentaires différents, influencés par les facteurs ethniques et culturels (Ripa, 1988, Weinstein et coll., 1996), les caries des enfants diffèrent. De plus, les enfants ont des taux salivaires de Streptocoque mutans et une transmission bactérienne variables selon l'origine ethnique des mères, car la fréquence des contacts salivaires est différente en fonction de l'origine et de la culture des familles : les mères n'ont pas les mêmes comportements affectifs, ni les mêmes habitudes selon leur origine. Par exemple, certaines goûtent la nourriture des enfants alors que d'autres ne le font pas (Grindefjord et coll., 1991). Les différences dans les habitudes alimentaires et l'hygiène orale sont déjà visibles à l'âge d'un an.

Kwan & Williams (1998) mettent aussi en évidence des différences en matière d'hygiène bucco-dentaire en fonction de la culture.

Smaje & Le Grande (1997) comparent l'utilisation des services de santé dans plusieurs groupes ethniques et ne trouvent pas de différence. Par contre, ils mettent en évidence une qualité moindre en matière de soins délivrés dans ces communautés.

Il y a manifestement un manque d'équité dans l'utilisation des services dentaires (Vargas et coll., 1998), peut-être par manque de connaissances de la part de ces groupes ou peut-être parce que les individus qui délivrent ces services ne tiennent pas suffisamment compte du facteur culturel, rendant ainsi ces services inappropriés ... (Beal, 1998).

Pour Dasanayake et coll. (2002), il y a des disparités significatives dans l'utilisation des services dentaires en fonction de l'ethnie, même parmi les enfants bénéficiant de Medicaid, mais l'ethnie n'est pas seule en cause : il s'agit d'une interaction complexe de l'ethnie avec d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe et le lieu de résidence.

De nombreuses études suggèrent le fait que ces populations rencontrent de véritables barrières aux soins dentaires, en particulier en ce qui concerne coût et accessibilité aux services dentaires, comme nous l'avons expliqué pour les immigrés (Silver, 1992, Verrips et coll., 1992, Grindefjord et coll., 1993, Vargas et coll., 1998, Watson et coll., 1999...).

1.1.5. Malnutrition.

La malnutrition affecte le développement et l'éruption dentaires, lorsqu'elle survient tôt chez l'enfant : le développement dentaire est retardé et la prévalence carieuse est augmentée (Alvarez et coll., 1993), d'autant plus que la malnutrition est chronique.

Celle-ci provoque des anomalies de formation de l'émail qui entraînent une moindre résistance aux attaques carieuses. Ces anomalies sont aussi des facteurs favorisants de la colonisation des dents par le Streptocoque mutans puisque les dents présentent alors des niches pour les bactéries, augmentant alors le risque carieux (Tinanoff & O'Sullivan, 1997).

Si les maladies du jeune enfant et la malnutrition sont des causes de développement d'anomalies de l'émail pour les dents permanentes, une mauvaise santé maternelle, le faible poids à la naissance et la classe sociale basse sont des marqueurs de risque d'une haute prévalence d'anomalies de l'émail pour les dents permanentes (Rugg-Gunn et coll., 1998).

En Australie, Lai et coll. (1997) montrent que dans leur étude, les enfants de faible poids à la naissance ont une prévalence d'hypoplasies de l'émail significativement plus élevée que les autres enfants. De plus, ils mettent en évidence une association entre les anomalies de l'émail et les caries dentaires uniquement chez les enfants de faible poids à la naissance.

L'infection bactérienne par le Streptocoque mutans, l'alimentation et les hypoplasies de l'émail sont d'importants facteurs étiologiques de caries dentaires chez les enfants de 6 à 36 mois, selon Milgrom et coll. (2000), aux Etats-Unis. Les risques de présenter des déminéralisations ou des cavités de carie au niveau de l'émail sont 9.6 fois plus grandes chez les enfants présentant des hypoplasies. Pour Matee et coll. (1994), les hypoplasies sont considérées aussi comme un facteur prédisposant à la carie dentaire chez des enfants de 1 à 4 ans en Tanzanie.

De même, dans un milieu rural en Chine, Li et coll. (1996) remarquent que les enfants de 3 à 5 ans ayant eu un faible poids à la naissance ou possédant des anomalies de l'émail, ont plus de caries que les autres enfants. La présence d'hypoplasies de l'émail serait un facteur prédisposant à l'initiation et à la progression des caries dentaires, et même un indicateur permettant de prédire les individus à haut risque de caries.

La malnutrition et la sous-nutrition surviennent en général dans des familles vivant dans la pauvreté ou défavorisées (Davies, 1998).

Dans une étude de Rugg-Gunn et coll. de 1998, des facteurs reliés à la malnutrition sont mis en évidence : le faible poids de naissance, le faible volume d'eau consommée, le fait de résider en milieu rural ou d'appartenir à une classe sociale basse et le sevrage trop précoce.

Le faible poids de naissance est lui-même affecté par le fait de résider en milieu rural ou dans un quartier urbain défavorisé, d'avoir des parents avec un faible niveau d'éducation, et par les pathologies maternelles durant la grossesse.

1.2. Exemples d'actions de prévention.

Afin de changer les comportements en matière de santé dentaire, des programmes d'éducation ont été réalisés, mais ce sont malheureusement ceux qui sont le moins à risque qui suivent les recommandations (Carmichael et coll., 1989, Schou & Wight, 1994, Beal, 1998, Baric in Beal, 1998).

Kowash et coll. préconisent ainsi en 2000, d'une part d'éduquer les futurs et jeunes parents, et d'autre part d'identifier les enfants à haut risque de caries, en particulier de caries du biberon.

1.2.1. Description.

Nous avons vu précédemment que le Streptocoque mutans est généralement transmis à l'enfant par sa mère, lors de contacts salivaires rapprochés (Brambilla et coll., 1998, Wan et coll., 2001, 80 (12)).

Plus tard la contamination par le Streptocoque mutans se fait, plus tard l'enfant développera des caries (Gripp & Schlagenhauf, 2002). La prévention consistant à retarder cette transmission constitue la « prévention primaire-primaire » (Günay et coll., 1998, Gripp & Schlagenhauf, 2002).

En Allemagne, Gripp & Schlagenhauf (2002) observent que l'application de vernis à la chlorhexidine chez des mères possédant des taux élevés de Streptocoque mutans, diminue le nombre d'enfants colonisés par la bactérie à l'âge de deux ans, de façon significative.

Isokangas et coll. (2000) proposent l'utilisation du chewing gum au xylitol par la maman plutôt que les vernis fluorés ou à la chlorhexidine chez celles-ci, car il diminuerait la prévalence carieuse des enfants en empêchant la transmission du Streptocoque mutans de la mère à l'enfant.

En Italie, Brambilla et coll. (1998) réalisent une étude sur 30 mois, chez des femmes enceintes. Le groupe témoin reçoit des conseils alimentaires, une séance d'éducation à l'hygiène et de prophylaxie par un dentiste, et du fluor par voie systémique. Le groupe expérimental reçoit en plus une solution fluorée et une solution à la chlorhexidine à utiliser quotidiennement pendant trois fois 20 jours, espacés de 10 jours, du 6^{ème} mois de grossesse à l'accouchement. Les femmes de ce groupe voient ainsi leur taux de Streptocoques mutans diminuer de façon significative, grâce à cette méthode simple et peu coûteuse, permettant ainsi de retarder d'environ quatre mois la colonisation des enfants par cette bactérie. En Argentine, le protocole de « prévention primaire-primaire » varie en fonction des groupes de population ciblés (Casaretto Castano et coll.). La population générale reçoit les informations à travers des campagnes médiatiques. Les adolescents et jeunes en âge de procréer bénéficient d'un protocole comportant une partie éducative sur la carie, la transmission de la flore bactérienne au sein d'une famille et le risque pour le bébé des contacts rapprochés, et une partie clinique sur le contrôle infectieux, la prophylaxie, les conseils alimentaires, et la maintenance. Enfin, les femmes enceintes bénéficient quant à elles d'un autre protocole, avec une partie éducative sur la prévention de la transmission bactérienne et le brossage des dents de l'enfant dès qu'elles apparaissent, et une partie clinique comportant les mêmes éléments que pour les adolescents.

L'enfant apprend à se socialiser dans sa famille. Ainsi, l'éducation des parents, en particulier de la mère (Skaret et coll., 2001), est nécessaire, car les comportements de celle-ci vont se répercuter sur les pratiques futures de ses enfants. L'éducation parentale réussie est la clé du succès pour une prévention de toute la famille (Nowak et coll., 1981, Ramos-Gomez et coll., 1996). La prévention sans l'éducation n'est pas efficace, car elle est dénuée de la notion de responsabilité (Cunha et coll., 2000). La difficulté réside dans le fait qu'il s'agit de créer de nouvelles habitudes, et pas seulement de se limiter à montrer ce qu'il faut faire.

En Suède, Wendt et coll. observent en 1991 le développement de lésions carieuses dès l'âge d'un à deux ans. De même, une étude canadienne de Harrison et coll. (1997) met en évidence la présence de caries à partir de l'âge de 18 mois, démontrant l'importance de débuter très tôt les programmes de promotion de la santé dentaire des enfants, et la nécessité de montrer aux parents l'existence de problèmes dentaires chez leurs enfants. En effet, les enfants qui ont développé des caries en denture temporaire en développent plus facilement d'autres, malgré les contrôles réalisés, que ce soit en denture temporaire ou en denture permanente (Johnsen et coll., 1986, Grindefjord et coll., 1995 a).

En 1987, dans l'Iowa, Goepfert présente l'intérêt de mettre en place des interventions précoces pour la santé dentaire des enfants, à travers une éducation des parents. Ils doivent être encouragés à regarder dans la bouche de leurs enfants dès leur plus jeune âge, afin de pouvoir dépister les lésions débutantes le plus tôt possible (Del Valle et coll., 1998).

L'éducation parentale doit donc être réalisée assez tôt afin d'éviter que les comportements inappropriés ne soient déjà ancrés chez les enfants, et donc plus difficiles à modifier (Grindefjord et coll., 1991, Hood et coll., 1998). Plus tôt l'enfant consulte le dentiste, plus il a de chances d'être exempt de caries (Al Ghanim et coll., 1998). C'est pour cette raison que la première visite chez le dentiste est conseillée entre six mois et un an par de nombreux auteurs (Nowak et coll., 1981, Goepfert, 1987, Davies, 1998, Ismail, 1998, Cunha et coll., 2000...) et par l'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD) (Stewart et coll., 1999). Il s'agit d'ailleurs d'une période où les parents sont particulièrement attentifs aux soins de leur enfant. Il y aura donc une meilleure participation des parents lors des programmes réalisés de façon précoce. Mais ceci nécessite la coopération des pédiatres et des médecins. Or Sanchez et coll. rapportent en 1997 que seulement 29% des médecins en Alabama donnent des informations sur la santé bucco-dentaire aux parents. Un consensus sur l'âge de la première visite de l'enfant chez le dentiste serait donc nécessaire (Stewart et coll., 1999, Edelstein, 2000).

Febres et coll. (1997) préconisent même de débuter cette éducation avant la naissance de l'enfant. En 1981, Nowak et coll. remarquent déjà que l'éducation apportée en période prénatale doit être maintenue par une vigilance quotidienne des parents à la maison, et par un programme de visites régulières chez le dentiste dès l'apparition de la première dent. Cela a d'ailleurs été confirmé par Gomez et coll. en 2001 ; ils débutent leur programme de prévention dentaire chez des femmes enceintes, le poursuivent pendant cinq à six ans chez ces mères et leur enfant, et obtiennent une réduction significative des caries à long terme. Les jeunes mères sont très motivées pour améliorer leur propre santé dentaire et participer à la prévention dentaire de leur enfant.

De même, en Allemagne, Günay et coll. (1998) montrent que la prévention pré- et post-natale améliore la santé bucco-dentaire des mamans et de leurs enfants, de façon significative.

D'autre part, dans l'étude de Harrison et coll. de 1997, les parents ne sont pas conscients de l'effet négatif d'un mauvais état dentaire de leurs enfants sur leur santé générale et leur bien-être. Cette prise de conscience des parents est essentielle selon les auteurs, avant de débuter toute tentative d'amélioration de la santé bucco-dentaire. Dans le groupe étudié, l'utilisation du biberon est

courante jusqu'à l'âge de 4 ans et même au-delà. L'éducation des parents leur permet donc d'alterner les sources de calcium dans l'alimentation, tout en les aidant à gérer la période de sevrage du biberon, souvent accompagnée de pleurs et de cris de la part des enfants.

En 2000, Cunha et coll. réalisent un programme de prévention dans une clinique pédiatrique, chez des enfants âgés de six mois à un an, au Brésil. Après avoir déterminé le risque carieux de chacun, en fonction de la cariogénérité des aliments qu'ils consomment, de la conscience des parents en ce qui concerne la prévention dentaire, de la fréquence d'hygiène orale et de l'exposition au fluor, ils réalisent deux groupes : un premier à risque faible de caries, et un deuxième à risque élevé. Les enfants des deux groupes reçoivent des applications topiques de fluor. Les parents bénéficient de conseils d'hygiène et alimentaires, et une prescription de solution à 2% de fluorure de sodium, à appliquer à domicile, leur est confiée. Plusieurs visites sont faites, à une semaine d'intervalle. La deuxième visite consiste en la vérification de la méthode de brossage utilisée par les parents, suivie de questions concernant les habitudes alimentaires. Les enfants sont également contrôlés, afin de constater l'évolution de leur état bucco-dentaire. Ces mesures sont répétées lors de la troisième et de la quatrième visite, permettant ainsi au clinicien d'évaluer la fréquence des séances de maintenance nécessaires à l'enfant, jusqu'à l'âge de trois ans. De plus, il est indispensable de répéter régulièrement les messages apportés aux familles pour obtenir des résultats. Les auteurs déclarent avoir de très bons résultats, les parents étant convaincus de l'importance de leur participation : selon eux, c'est cette participation qui permet de prévenir les caries chez ces patients à risque faible et élevé, ainsi que la durée des consultations, limitées à 15 mn seulement.

Johnsen rapporte en 1982 que sur 89% de parents ayant tenté la substitution du lait ou des boissons sucrées par de l'eau, chez leurs enfants de 3 ans $\frac{1}{2}$ et moins, il y a 68% d'échec. Ainsi, l'éducation des parents est importante, mais elle ne suffit pas à changer les comportements : d'après Johnsen, beaucoup de parents dont les enfants ont des caries, ont déjà été mis en garde du danger de l'utilisation abusive du biberon. Tout comme Domoto et coll. (1994), et Febres et coll. (1997), Del Valle et coll. (1998) observent également que les mères d'enfants atteints de caries précoces sont conscientes que leur enfant a des problèmes dentaires. Mais cette connaissance ne suffit pas à éliminer les mauvaises habitudes, car cela demande des changements qu'elles ne sont pas prêtes à réaliser (Weinstein et coll., 1992, Domoto et coll., 1994). Ainsi, l'éducation n'est pas suffisante à elle seule pour prévenir les caries précoces du jeune enfant (Ismail, 1998).

Johnsen propose en 1988 l'utilisation d'un « contrat » dans lequel les parents s'engagent à stopper l'utilisation du biberon dans un délai d'un mois (in Weinstein

et coll., 1992). Il conseille également les parents afin de les préparer à tolérer les cris de leur enfant pendant une bonne partie de la nuit. Mais il propose aussi comme alternative la dilution du biberon avec de l'eau pendant deux à trois semaines, car comme l'expliquent Domoto et coll. (1994), la substitution brutale du biberon sucré par l'eau est difficile pour l'enfant, et donc pour les parents.

Il est donc indispensable d'accompagner les parents, afin de les aider à dissocier comportements alimentaires et endormissement de l'enfant, à trouver des alternatives appropriées à leur culture, et à gérer leur propre stress pour pouvoir modifier les habitudes de leur enfant, qu'ils croient difficiles à changer. La plupart des interventions conduisent ainsi à délivrer toujours la même information. Or les parents ont besoin d'aide pour pouvoir appliquer les conseils donnés, dont l'efficacité demande l'instauration d'une relation de confiance. La distribution de brochures n'est pas suffisante ; les parents ont besoin d'écoute, d'alternatives et de suivi (Goepferd, 1987, Del Valle et coll., 1998).

Weinstein et coll. proposent aussi en 1992 la mise en place d'une sorte de liste d'alternatives dans laquelle les familles peuvent choisir celle qui leur est la plus appropriée et la plus acceptable, ainsi que l'application topique de vernis fluoré ou à la chlorhexidine pour les enfants à haut risque, tout comme Ismail le fait en 1998. Mais ces propositions nécessitent là encore soutien et structures pour être mises en place.

En 1990, en Angleterre, Brown et coll. obtiennent des résultats encourageants grâce à des visites faites par des dentistes, avec du matériel mobile, dans 18 écoles situées dans des localités relativement précaires. La fréquence de consultations et les traitements des enfants de 9 à 11 ans sont augmentés, et cette méthode permet à l'équipe dentaire d'être intégrée dans la vie de l'école. En 1995, en Grande-Bretagne, Provart & Carmichael suggèrent plutôt une campagne nationale de scllements des puits et fissures des dents temporaires puis des molaires permanentes, organisée par le gouvernement et la profession dentaire, pour tous les enfants de 5 ans à haut risque.

Ismail dénonce en 1998 le manque de méthodes efficaces pour la prévention du syndrome du biberon, les interventions en faveur de l'éducation des familles ayant eu de modestes, voire de faibles résultats. Il préconise en outre de poursuivre plus loin les investigations réalisées dans les visites à domicile, mais sur des populations plus jeunes.

C'est ce que font Kowash et coll. en 2000 dans une banlieue défavorisée de Leeds, en Grande-Bretagne, et ils obtiennent de bons résultats en terme de prévention de la carie dentaire. Pendant trois ans, des visites répétées sont faites par des éducateurs formés à la santé dentaire, au domicile de jeunes enfants, au moment de l'éruption de leurs premières dents, en vue d'une

éducation à la santé dentaire de ces enfants et de leur maman. Le choix des familles se fait par randomisation, pour les mères ayant un enfant né entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 1995. Les enfants sont répartis en cinq groupes : le premier reçoit des conseils sur l'alimentation, le deuxième sur l'hygiène bucco-dentaire utilisant du dentifrice fluoré, le troisième combine les deux messages. Les familles de ces trois groupes sont vues chaque trimestre pendant deux ans, puis chaque semestre pendant la troisième année. Le quatrième groupe combine également des conseils sur l'alimentation et l'hygiène, mais seulement une fois par an. Enfin, le groupe témoin ne reçoit pas de visites, et les enfants consultent à partir de l'âge de 3 ans. Les examens sont réalisés par le Dr Kowash, et les enfants du groupe témoin sont examinés dans deux crèches. Ces visites régulières se montrent efficaces pour les enfants comme pour leur maman qui voient également une amélioration de leur santé buccale. Ce point est important puisqu'il est indispensable que les mamans aient une bonne hygiène orale, afin d'éviter toute contamination des enfants par le Streptocoque mutans lors des contacts rapprochés ou de l'alimentation (Gomez et coll., 2001).

Nous avons vu précédemment que les inégalités en santé dentaire selon les classes sociales sont liées à des différences de comportements tels que le brossage (Watt & Sheiham, 1999). Ainsi, Gibson & Williams (1999) montrent que le brossage efficace des dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré est un moyen plus efficace pour la prévention des caries que la restriction de sucre. Grindefjord et coll. (1995 b) préconisent d'ailleurs de délivrer les instructions concernant l'hygiène bucco-dentaire de sorte qu'elles puissent être appliquées dès l'âge d'un an.

Une hygiène bucco-dentaire améliorée et l'utilisation de dentifrice et de comprimés fluorés seraient ainsi particulièrement bénéfiques pour les sujets à haut risque de caries.

D'autre part, les parents devraient être encouragés à imposer des comportements alimentaires bénéfiques pour leurs enfants et à éviter les boissons sucrées, les friandises et les apports alimentaires durant la nuit (Grindefjord et coll., 1995 b).

Cependant, nous avons constaté précédemment que pour Milen (1987), les différences de prévalence carieuse entre classes sociales ne pourraient être éliminées par des modifications des habitudes en santé dentaire.

D'ailleurs, Beal rejouit son opinion en 1998 : il ne faut pas compter sur un changement de comportement pour prévenir les caries dentaires dans les groupes les plus défavorisés.

De même, Kay & Locker montrent en 1996 une amélioration du niveau de connaissances dentaires après un programme d'éducation, mais une faible et temporaire réduction de plaque dentaire.

En 1998, Davies décrit sa conception de la prévention des caries du jeune enfant :

- En prévention primaire, il préconise de donner des conseils aux femmes enceintes, durant leur dernier trimestre de grossesse, et lors de la première année de leur enfant, pendant laquelle la maturation de l'émail se fait. Il propose aussi de fluorer l'eau, tout comme Provart & Carmichael en 1995, et le cas échéant, d'administrer des suppléments fluorés et de réaliser des applications topiques de fluor, ces dernières constituant une stratégie efficace pour Del Valle et coll. (1998), surtout lorsqu'elle est ciblée chez des enfants atteints de lésions carieuses au niveau des incisives maxillaires. Enfin, il propose l'utilisation d'agents chimiothérapeutiques afin de réduire le taux de Streptocoques mutans chez les mères, et ainsi de diminuer le risque de contamination des enfants par transfert. En ce qui concerne la fluoration de l'eau, Carmichael et coll. remarquent en 1989 qu'elle est efficace dans toutes les classes sociales, mais plus encore dans les classes sociales basses dans lesquelles les consultations dentaires sont les plus rares, et le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, le moins effectué. En effet, 100% des ventes de dentifrices concernent 62% des foyers, et les 38% restant seraient issus des classes sociales basses. Cependant, ils précisent, tout comme Sweeney et coll. en 1999, que la fluoration de l'eau n'élimine pas les conséquences des inégalités sociales mais les réduit. Elle ne suffit pas à prévenir l'influence des classes sociales.
- En prévention secondaire, il s'agit d'éduquer les parents à reconnaître les signes précoces des caries, de les encourager à adopter des comportements alimentaires et d'hygiène adaptés, et à consulter les professionnels de santé afin de réaliser des visites de contrôles et des applications topiques de fluor, tout comme Grindefjord et coll. (1995 b) le conseillent en 1995.
- La prévention tertiaire concerne le traitement des caries. Davies propose la technique de «restauration atraumatique», utilisant uniquement les instruments à main et les verres ionomères qui relarguent du fluor, diminuant ainsi le coût du traitement. D'autre part, l'utilisation des traitements conventionnels renforce la perception fataliste des parents selon laquelle le syndrome du biberon est un problème statique qui ne peut être résolu que par une intervention chirurgicale. Cependant, la non-observance des rendez-vous

est chose courante parmi ces familles à haut risque, et les récidives de caries sont fréquentes chez leurs enfants puisque les mauvaises habitudes restent inchangées et les soins sont inachevés. Ainsi, Nainar, en 1998, puis Tate et coll., en 2002, préconisent l'utilisation de matériaux plus robustes, comme par exemple l'emploi de coiffes pédiatriques plutôt que l'amalgame pour les restaurations de plus d'une face, en particulier pour les patients soignés sous anesthésie générale. La prise en charge curative de ces patients est donc aussi étroitement liée à la prévention des récidives.

Weinstein propose, quant à lui, en 1998, un processus en quatre étapes :

- La première étape consiste à former les dentistes et autres personnels dentaires dans la prise en charge des enfants, tout comme Edelstein le préconisera en 2002 (Spec. Care Dentist.).
- La deuxième introduit une approche pratique des personnels non dentaires (pédiatres, médecins...), afin d'identifier les enfants à risque de caries ou déjà atteints, et d'informer et préparer les parents aux visites dentaires. Davies (1998) et Ismail (1998) rejoignent Weinstein en ce sens : ces personnes pourraient avoir un rôle important dans le dépistage, l'éducation à la santé et la prévention des caries précoces du jeune enfant, car il s'agit d'un problème de santé publique qui ne peut être résolu par les dentistes seuls. Davies souhaiterait ainsi que l'Académie Américaine de Pédiatrie reconnaissse ces caries précoces comme un problème pédiatrique du tout-petit.
- La troisième donne la priorité aux soins dentaires pour les femmes enceintes avec de jeunes enfants.
- La quatrième consiste à inciter les groupes communautaires à encourager le travail fourni par les cliniques de santé publique.

Pour Ismail (1998), la mise en place de centres pour les populations désavantagées pourraient leur permettre de recevoir, en plus des soins médicaux et dentaires, des conseils pré- et post-nataux et des conseils nutritionnels, et de bénéficier de dépistages précoces, de formations professionnelles, d'éducation à la prévention précoce, ainsi que de services pour les femmes, les enfants et nourrissons. Ces centres pourraient ainsi aider ces populations à gérer leur santé physique, morale, et leur place dans la société. Actuellement, il existe aux Etats-Unis les « Early Head Start » programmes (Edelstein, 1998) qui ont pour but de favoriser le développement physique, social, émotionnel et cognitif des enfants, de permettre aux parents d'être de meilleurs éducateurs pour leurs enfants, et

de les aider à atteindre leurs objectifs personnels, en particulier au niveau économique. Ces programmes pourraient constituer les fondations des centres proposés par Ismail pour ces populations à risque de caries. Il précise également que l'investissement de ce projet ne serait pas inutile, les coûts économiques et sociaux de la pauvreté et de la maladie infantile, à long terme, pouvant avoir un sévère impact pour le futur de toute société dans le monde.

Nowak & Casamassimo exposent en 2002 le concept de maison dentaire, offrant des soins adaptés en matière de culture, de groupe ethnique et de valeurs familiales. Cette maison dentaire pourrait fournir aux enfants l'accès à la prévention et aux services d'urgence, et ainsi diminuer les disparités de prévalence carieuse. Il s'agit pour des praticiens, accompagnés d'une équipe, de voir les enfants dès leur plus jeune âge (vers un an), de les suivre régulièrement, et de mettre en place des soins préventifs personnalisés le plus tôt possible. Un pédodontiste les prendrait en charge jusqu'à ce que le dentiste de famille puisse prendre le relais.

Tout comme Carmichael et coll. en 1989, Ramos-Gomez et coll. en 1996, ou Ismail en 1998, Beal (1998) suggère d'améliorer l'accès aux soins, d'une façon non pas égale, mais équitable. Mais les raisons de ce manque d'équité ne sont pas encore bien définies ; les services proposés ne sont peut-être pas adaptés aux cultures de ces populations à risque.

La solution pourrait se trouver dans la restructuration de la société, afin de retrouver une cohésion sociale. Chacun pourrait ainsi agir en ce sens : les dentistes devraient « dénoncer » les inégalités dans l'accès aux soins, encourager la fluoration de l'eau (Carmichael et coll., 1989), cibler de nouveaux programmes préventifs dans les quartiers les plus défavorisés, dans lesquels leur efficacité s'est montrée plus importante, et surtout, permettre l'accès aux soins à ceux qui en ont le plus besoin.

Il s'agit aussi d'améliorer la vision que les parents ont d'eux-mêmes, afin de combattre les problèmes sociaux (Ismail, 1998).

Beal suggère que chacun œuvre à son niveau, en intervenant par exemple auprès des politiciens pour dénoncer les inégalités, ou en donnant du temps à ces individus exclus de la société, dans des actions bénévoles (soins ou prévention dans les associations caritatives ou les Organisations Non Gouvernementales...).

Sweeney et coll. (1999) pensent que l'intervention des autorités locales et des structures de volontariat pourraient avoir la meilleure influence sur les localités les plus à risque. L'aide de tous est nécessaire pour observer des améliorations.

En France, une association caritative dentaire est créée à Besançon, et 98 % des praticiens de la ville acceptent de réaliser une consultation bénévole régulière dans les locaux de l'association (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

De même, une consultation de soins gratuits est ouverte depuis 1996 à Paris, à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre.

Isabelle Thiébaut, membre de l'association de l'Aide Odontologique Internationale, pense que « les associations doivent fonctionner comme des laboratoires de terrain proposant des solutions innovantes ». Pour Paul Karsenty, « les professionnels de santé ne doivent pas récuser leur rôle social et s'en tenir à la seule dimension technique de leur pratique, car la population attend des praticiens qu'ils restent fidèles à l'image de bienveillance et d'humanité encore attachée aux professions médicales » (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

Beynet & Menahem (2002) indiquent que « l'expérience de centres d'examen itinérants du type des bus dentaires paraît particulièrement adaptée aux personnes en situation de grande précarité ». Issy-les-Moulineaux dispose ainsi d'un Bus dentaire à l'Hôpital Corentin-Celton. Celui-ci permet « d'accueillir des personnes sans couverture sociale, afin de leur dispenser des soins dentaires d'urgence et réorienter les patients vers les structures de droit commun ». En 2001, l'association regroupait 35 chirurgiens-dentistes bénévoles, un chauffeur, une coordinatrice sociale et une assistante dentaire. Ce bus se déplace dans divers sites dont la « Péniche du Cœur » des Restaurants du Cœur (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dentaire est ouverte également à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, depuis 2002 (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002). Elle comprend « des consultations gratuites, un accès aux plateaux techniques et aux médicaments, et un accès aux services sociaux aidant à l'accès aux droits sociaux, donc à la normalité ». Elle s'adresse à « des patients en situation de précarité sociale ou économique, bénéficiaires du RMI, de la CMU ou de l'Aide médicale de l'Etat pour les patients étrangers, mais également des publics salariés à des niveaux de rémunération bas ». Ce réseau fonctionne avec des partenaires comme le SAMU social, les associations caritatives dentaires dont le Bus social dentaire et généralistes dont les Restos du Cœur. Françoise Roth, chargée de mission à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et à l'origine de la création de la PASS dentaire, indique dans la Lettre, en octobre 2002, que « le manque de travailleurs sociaux dévolus à la spécialité dentaire se fait énormément sentir » (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

Tout comme Davies qui encourage la formation de groupes représentatifs permettant de stimuler l'intérêt dans la recherche sur les caries du tout petit, Ismail montre, en 1998, l'importance de poursuivre ces recherches ; les changements ne pourront se faire que grâce à l'aide de professionnels et organisations chargés de la protection infantile, autres que des dentistes.

De plus, le message apporté doit être adapté à chacun et doit évoluer : une famille où le biberon n'est plus utilisé recevra plutôt des informations sur les autres agents cariogéniques par exemple.

Il doit aussi être adapté à la structure familiale : les mères célibataires encouragent plus leur enfant à se débrouiller seul, par exemple pour manger ou pour le brossage (Weinstein et coll., 1996), car elles ont moins de temps à lui consacrer.

Goepferd (1987) pense que la prévention doit passer par une évaluation individuelle de chaque famille, et un contact personnel avec les parents et l'enfant.

D'autre part, le sevrage à un an (Freeman et coll., 1989) n'est pas toujours approprié pour les familles à haut risque, d'un point de vue culturel (Del Valle et coll., 1998). Black & Teti mettent en place en 1997 un système de prévention concernant l'alimentation d'enfants de très jeunes mères américaines, d'origine africaine et de bas niveau socio-économique, par le biais de cassettes vidéo. Ce support est conçu dans un environnement familial à ces adolescentes : six jeunes mères américaines, d'origine africaine, sont filmées chez elles pendant qu'elles nourrissent leur enfant. L'utilisation de cette méthode, appropriée en terme de données culturelles (nourriture, langage, musique, cadre) permet aux adolescentes de s'identifier aux actrices et d'être ainsi plus à l'écoute des conseils apportés. Il est donc indispensable de délivrer des messages qui soient acceptables et adaptés culturellement aux familles (Ripa, 1988, Weinstein et coll., 1996). En effet, les populations d'âge, de sexe, de classe sociale et d'ethnie différents ont des perceptions différentes sur les aspects de leur santé bucco-dentaire les plus importants pour leur qualité de vie (Lawrence, 2001). D'ailleurs, l'étude de Reisine & Douglass, en 1998, montre un risque accru de caries précoces du jeune enfant dans les minorités ethniques, suggérant que ces populations présentent des facteurs de risque supplémentaires, associés aux normes culturelles, comme par exemple l'alimentation, les soins des dents temporaires, l'éducation des enfants..., et qu'ils rencontrent des barrières aux soins dentaires, avec en particulier le coût et l'accessibilité aux soins, comme nous l'avons dit précédemment.

Cependant, pour Tinanoff et coll. (1999), les facteurs de risque carieux sont tels chez certains enfants que les mesures préventives les plus intensives sont dépassées. Ils ont en effet essuyé 3 échecs, sur des patients âgés de 8 à 15 mois lors d'une étude réalisée pendant 24 mois aux Etats-Unis. Ils expliquent ce résultat par la présence initiale d'anomalies de l'émail, la consommation élevée et répétée d'hydrates de carbone et la colonisation précoce par le Streptocoque

mutans. Ces facteurs cariogéniques constituerait un défi tel que même une prévention poussée ne pourrait le relever.

En 1996, Ramos-Gomez et coll. expliquent les difficultés de faire des besoins en soins dentaires une priorité, et les problèmes d'inaccessibilité financière, soulignant ainsi la nécessité d'un programme préventif pour les sujets à haut risque et leur famille.

Une identification précoce des victimes potentielles du biberon et le renforcement des mesures préventives ciblées sur ces patients à risque sont donc nécessaires (Ismail, 1998). D'ailleurs, les enfants à risque de développement carieux précoce seraient identifiables dès l'âge d'un an, à partir d'informations combinées sur les facteurs socio-démographiques, les habitudes alimentaires, l'hygiène orale et la présence de Streptocoque mutans (Grindefjord et coll., 1995 b).

En 1996, Van Everdingen et coll. ont étudié deux groupes de population : un groupe comprenant des enfants de 8 mois à 3 ans, atteints de caries précoces, et un groupe témoin. Les résultats montrent les différences d'habitudes comportementales entre les deux groupes : les enfants atteints de caries précoces ont un biberon de boissons sucrées jour et nuit, que les parents leur donnent par habitude. Ces différences sont utiles à connaître afin d'identifier les groupes d'enfants à haut risque de caries. Les auteurs soulignent ainsi l'importance de déterminer des profils d'enfants à risque et de leurs parents, afin de concentrer les programmes d'éducation non pas seulement sur les domaines dentaire et médical, mais aussi sur les comportements en matière d'hygiène dentaire des familles.

En Finlande, Pienihäkinen & Jokela (2002) réalisent une étude comparant la prévention traditionnelle à celle ciblée sur les enfants à risque. Ils travaillent sur deux groupes d'enfants de deux ans, suivis pendant trois ans. Dans le groupe de prévention ciblée, les enfants sont classés à risque en fonction du taux de Streptocoque mutans dans la plaque dentaire et des lésions carieuses débutantes. Ceux qui montrent la présence du Streptocoque mutans bénéficient de deux visites par an, consistant en une application de vernis fluoré et en une éducation à l'hygiène des parents, et ceux qui présentent des lésions débutantes sont classés à haut risque et bénéficient de quatre visites par an incluant en plus l'application de vernis à la chlorhexidine. Les auteurs observent une proportion moindre d'enfants présentant des cavités de caries dans le groupe de prévention ciblée chez les enfants à risque.

Malheureusement, peu d'études se sont attachées à identifier et cibler les enfants à risque et leurs parents ou tuteurs.

Reisine & Douglass (1998) insistent sur l'importance de travailler sur des populations plus hétérogènes dans les études, afin d'avoir une meilleure compréhension des mécanismes qui font que ces groupes d'individus vulnérables ont un tel risque de caries.

De même, Weinstein et coll. soulignent en 1992 l'importance d'étudier les groupes à haut risque de caries avant d'intervenir, afin de mieux comprendre les facteurs de risque et d'adopter des comportements qui soient acceptables pour ces familles.

Ainsi, toutes ces actions ont les mêmes objectifs : elles visent à retarder la colonisation buccale par le Streptocoque mutans, à agir sur les mères et sur leurs enfants, à établir le risque carieux et à le réévaluer.

1.2.2. Tableau de synthèse.

Ce tableau n'est pas exhaustif ; il permet d'illustrer les différents niveaux de prévention visés par les auteurs et les résultats obtenus.

Auteur, année, pays et niveau de prévention	Cible	Méthode-objectifs	Résultats-conclusion
Gripp & Shlagenhauf 2002 Allemagne Prévention primaire-primaire	44 jeunes mères âgées de 25 à 41 ans	Evaluation de l'impact du brossage professionnel et de l'application de vernis à la chlorhexidine chez ces mères	Diminution du nombre d'enfants colonisés par le Streptocoque mutans (Sm) à l'âge de 2 ans
Isokangas et coll. 2000 Finlande Prévention primaire-primaire,	195 jeunes mères à taux élevé de Sm	Evaluation de la colonisation des enfants de 2 ans par Sm et de la survenue de caries à 5 ans. Utilisation de chewing gum au xylitol.	Diminution de la colonisation par Sm à 2 ans et du taux de caries à 5 ans. Utilisation du chewing gum au xylitol préconisée chez la mère plutôt que les vernis.

primaire et secondaire			
Brambilla et coll. 1998 Italie Prévention primaire-primaire	310 femmes enceintes. Groupe expérimental-groupe témoin	Conseils alimentaires, séance d'éducation à l'hygiène, fluor par voie systémique + solution fluorée et solution à la chlorhexidine trois fois 20 jours, du 6 ^{ème} mois de grossesse à l'accouchement	Diminution significative du taux de Sm chez les mères du groupe expérimental, et retard de colonisation de 4 mois du Sm chez les enfants.
Goepferd 1987 USA Prévention primaire-primaire, primaire et secondaire	180 enfants de moins de 3 ans	Etude des caries, des raisons de consultation, des comportements alimentaires (en particulier du biberon), du fluor et des explications données par les parents	La présence de caries, les comportements alimentaires inadaptés, la transmission précoce de Sm et le manque de contrôle des doses de fluor nécessitent une intervention précoce et individuelle, afin d'éduquer les parents. L'utilisation de brochures ne suffit pas. Première visite conseillée entre 6 mois et 1 an.
Grindefjord et coll. 1991 Suède Prévention primaire-primaire	1095 enfants âgés d'un an.	Etude de la colonisation par Sm de ces enfants.	Le fait d'être étranger, et de consommer des boissons sucrées, en particulier la nuit, est corrélé avec la présence de Sm. Les comportements influencés par la mère, en particulier les habitudes alimentaires, qui pourraient prédisposer à la colonisation précoce par

			Sm sont déjà établis à l'âge d'un an.
Gomez et coll. 2001 Suède Prévention secondaire	236 femmes enceintes et leurs enfants, pendant 6 ans.	Traitemen t prophylactique et éducation des mères	Réduction significative des caries à long terme. Les mesures préventives sont plus efficaces lorsqu'elles sont données aux femmes enceintes, puis poursuivies pendant plusieurs années.
Harrison et coll. 1997 Canada Prévention secondaire	Echantillon de 60 enfants vietnamiens, d'âge préscolaire.	Interview des parents, sur l'alimentation des enfants et sur leurs connaissances et leurs pratiques en matière de santé dentaire.	Syndrome du biberon chez 64 % des 18 mois ou plus. Nécessité de faire prendre conscience aux parents de l'importance des dents temporaires et des problèmes de santé qui y sont rattachés. Nécessité de débuter tôt les programmes de prévention chez les tout-petits.
Cunha et coll. 2000 Brésil Prévention primaire et secondaire	Plus de 1000 enfants âgés de 6 mois à 1 an	Détermination du risque carieux des enfants selon la cariogénicité des aliments consommés, la conscience des parents en matière de prévention dentaire, la fréquence d'hygiène orale et l'exposition au fluor. Prescription de solution à 2% de fluorure de sodium, visites de contrôle	Compliance des parents améliorée. Importance de la participation des parents dans les programmes de promotion de la santé dentaire.

		de la méthode de brossage et de l'état bucco-dentaire des enfants	
Johnsen 1982 Prévention secondaire	20 enfants de 3 ans $\frac{1}{2}$ ou moins	Substituer le lait et les boissons sucrées par de l'eau	68% d'échec : la connaissance ne suffit pas à changer les comportements. Il faut un « contrat » parents-praticien, et un soutien aux familles.
Kowash 2000 Grande-Bretagne Prévention primaire-primaire	228 jeunes enfants de banlieue défavorisée de Leeds. Echantillon randomisé. 1996-1999	Visites à domicile, avec 4 modes d'approche différentes, avec conseils d'alimentation et d'hygiène.	Le groupe d'enfants et de mamans avec visites régulières a de meilleurs résultats. Efficacité des visites régulières à domicile sur les enfants comme sur leurs mamans. Importance de l'hygiène de la mère pour éviter la contamination de l'enfant par Sm.
Gibson & Williams 1999 Grande-Bretagne Prévention primaire	1450 enfants âgés de 1 an $\frac{1}{2}$ à 4 ans $\frac{1}{2}$	Recherche d'une association entre caries et hydrates de carbone, fréquence de brossage et classe sociale.	L'association entre classe sociale et caries est deux fois plus importante que celle entre brossage et caries, et presque trois fois plus importante que celle entre sucreries et caries. Le brossage efficace 2x par jour est plus efficace que la restriction de sucres.
Black & Teti 1997	59 très jeunes mères américaines,	Cassettes vidéo utilisant des actrices de même origine et de même	Les messages sont entendus, car acceptables et adaptés aux familles.

USA Prévention primaire	d'origine africaine et de bas niveau socio-économique, et leur premier enfant.	environnement socio-culturel. Conseils alimentaires.	
Van Everdingen et coll. 1996 Pays-Bas	158 enfants de 8 mois à 3 ans, atteints de caries précoces (dont groupe témoin).	Etude des comportements.	Les différences entre les deux groupes concernent les comportements en matière d'hygiène dentaire et alimentaire. La connaissance de ces différences permet d'identifier les groupes à risque.

Ainsi, l'éducation des parents constitue la base de la prévention, mais elle doit être initiée de façon très précoce, chez les jeunes parents et même chez les femmes enceintes, pour permettre de retarder la transmission du Streptocoque mutans de la mère à l'enfant.

Mais la connaissance ne suffit pas à changer les comportements, et ceci est accentué dans les milieux défavorisés : les parents ont besoin de soutien et de suivi. Les messages doivent être acceptables et adaptés culturellement aux familles, pour avoir une chance d'être entendus. Ainsi, l'utilisation du biberon est largement soulignée dans les études et des auteurs montrent que sa diminution ou son éviction est possible par dilution avec de l'eau ou mise en place d'un « contrat » avec les parents pour respecter les délais.

Les visites à domicile se révèlent alors être une mesure très efficace, mais demandent beaucoup de personnel et ne peuvent être mises en place facilement. L'hygiène instaurée très tôt montre aussi de bons résultats.

Enfin, les programmes de prévention doivent être ciblés sur les populations à risque pour présenter plus d'efficacité.

1.2.3. Critères pour sélectionner les groupes à risque.

Selon Watt & Sheiham (1999), les inégalités en matière de santé dentaire ne peuvent être résolues par les traitements, mais par la mise en place de programmes de promotion de la santé appropriés et efficaces.

Ainsi, il est important d'intervenir avant l'apparition de pathologies et de pouvoir identifier les enfants à risque de caries le plus tôt possible afin de les inciter à utiliser les services mis à leur disposition et de mettre en place des programmes de prévention et de soins qui leur soient adaptés (Al Ghanim et coll., 1998, Nainar, 1998). Cela permet en outre une diminution des coûts et donc une efficacité économique (Isokangas et coll., 1993).

Les programmes des années 80 ont été remis en question (Holbrook et coll., 1993). En effet, ceux-ci étaient relativement coûteux et n'étaient pas très efficaces puisqu'ils touchaient à peine les enfants les plus atteints par la carie dentaire. Jusqu'aux années 90, l'identification des enfants à risque se faisait par l'intermédiaire d'un faible nombre d'indicateurs, voire d'un seul (Demers et coll., 1990, Williams et coll., 2000). Or la carie est une maladie multifactorielle, dont l'identification nécessite l'utilisation de plusieurs prédicteurs (Grindefjord et coll., 1995 b, Powell, 1998).

Les modèles de groupes à risque varient en fonction des prédicteurs utilisés, de la conception de l'étude, de l'âge des enfants, de la durée de l'étude (Beal, 1998) et des analyses statistiques (Powell, 1998). Ainsi, la mise en place d'études longitudinales (Reisine & Douglass, 1998) et la combinaison de plusieurs indicateurs donnent de meilleurs résultats d'identification des groupes à risque pour la mise en place de programmes préventifs adaptés et efficaces, surtout quand les échantillons regroupent des enfants d'âge différent (Demers et coll., 1990) et ce, dès l'âge d'un an (Grindefjord et coll., 1995 b).

Parmi les prédicteurs de caries, le passé carieux et les facteurs microbiologiques sont importants à déterminer, car ils sont en association étroite avec les caries (Demers et coll., 1990). L'addition d'autres indicateurs, tels que le statut socio-économique, permet d'augmenter la valeur prédictive du modèle.

En 1989, lors d'une conférence à l'Université de Caroline du Nord aux Etats-Unis, sur le sujet de la prédition des caries, le groupe de travail conclut que les données cliniques sont de bons indicateurs, que le passé carieux des enfants est le meilleur indicateur du risque de développement de caries, le statut socio-économique, l'exposition au fluor, la morphologie des dents et les agents microbiens étant également des données importantes (Powell, 1998). Ils

précisent également que les modèles de régression sont les moyens d'analyse les plus adaptés, car ils utilisent des facteurs multiples et des données longitudinales.

A Montréal, en 1992, Demers et coll. peuvent identifier plus de 80% d'enfants de 5 ans susceptibles à la carie, grâce à un modèle tenant compte de l'expérience carieuse et des Lactobacilles.

En 1988, Grytten et coll. observent que ni les variables sociales ni les variables comportementales n'ont une association assez forte avec l'expérience carieuse pour pouvoir être utilisées comme prédicteur de caries à l'âge de 36 mois.

Mais en 1995, Grindefjord et coll. (1995 b) s'intéressent à des enfants plus jeunes, âgés d'un an, et ils constatent que les facteurs socio-démographiques, et en particulier le niveau d'éducation de la mère et le statut d'immigrant, sont des indicateurs aussi efficaces à cet âge que les données cliniques chez des enfants plus âgés, avec une histoire dentaire plus importante. Ces facteurs socio-démographiques, ainsi que les habitudes alimentaires et la présence de Streptocoque mutans (Grindefjord et coll., 1991), sont des prédicteurs significatifs du développement carieux précoce. L'utilisation de la chlorhexidine pourrait donc permettre la prévention et la procrastination de la colonisation par le Streptocoque mutans.

En Finlande, Isokangas et coll. (1993) notent que l'identification des patients à risque de caries peut se faire grâce au sens clinique du praticien, suite aux informations cliniques et socio-démographiques qu'il collecte à chaque questionnaire de santé et consultation, par exemple l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation, le passé carieux...

Pour Ismail (1998) et Al Ghanim et coll. (1998), les enfants à haut risque de caries sont ceux qui présentent des signes précoce du syndrome du biberon, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une faible exposition aux sources de fluor, et une exposition fréquente aux boissons et aliments sucrés.

Les enfants à haut risque du syndrome du biberon ont des signes précoce de caries dentaires, une accumulation de plaque, en particulier sur les incisives maxillaires temporaires dès un an, et des taux importants de Streptocoque mutans.

Le passé carieux n'est pas un indicateur utilisable chez les enfants dont les premières dents apparaissent, et Alaluusua & Malmivirta (1994) proposent d'utiliser la présence de plaque dentaire sur les faces vestibulaires des incisives maxillaires temporaires pour les tout-petits. Ils constatent en effet que la plaque dentaire visible sur les faces vestibulaires des incisives maxillaires est l'un des meilleurs indicateurs de risque de caries chez des enfants de 19 mois. 91% des enfants sont correctement classifiés grâce à l'utilisation de cet indicateur.

Pour Wendt et coll. (1994 et 1996), cette plaque dentaire présente à l'âge d'un an est un élément important de détermination du risque carieux d'un enfant. En 1994, en Suède, ils observent que lorsque la plaque est présente sur ces dents chez des enfants âgés d'un ou deux ans, des caries se développent un à deux ans plus tard.

Smith et coll. proposent en 2002 trois indicateurs de risque maternels comme prédicteurs de risque de caries chez les enfants : le taux élevé de Streptocoques mutans, les caries actives et la consommation élevée de sucres chez la mère.

En ce qui concerne le statut socio-économique, nous avons constaté qu'il est lié de manière très importante aux problèmes de santé bucco-dentaire. Les stratégies ayant tenté de séparer la santé et le statut social se sont révélées inefficaces. Mais comment l'évaluer ?

Plusieurs indices sont utilisés afin de mesurer la pauvreté et le statut socio-économique. Les plus utilisés pour évaluer le statut socio-économique en Grande-Bretagne sont au nombre de trois (Sweeney et coll., 1999).

- Le premier est la Classification des Métiers qui classe les foyers dans l'une des six classes sociales fondées sur l'emploi du chef de famille. Mais pour Carmichael et coll. (1989), le métier ne constitue plus une bonne représentation de la classe sociale, car il n'inclut pas les chômeurs, est évalué seulement chez les hommes, et ne tient donc pas compte de l'occupation des femmes. Or il est important de savoir si celles-ci sont seules, mariées, mères au foyer... La possession d'une voiture et le chômage seraient des indicateurs beaucoup plus efficaces pour expliquer les variations en santé et le taux de mortalité. D'autre part, la pauvreté matérielle serait un indicateur permettant l'association entre les inégalités en santé et les inégalités économiques et sociales, bien que les besoins matériels ne suffisent pas à eux seuls à définir la pauvreté (Kawashi & Kennedy, 1997).
- Le deuxième est le « Jarman score » ou le « Townsend score » qui sont des indices composés, utilisant des données britanniques datant de 1991 et prenant en compte le chômage, la possession d'une voiture, d'une maison et le nombre d'individus dans le foyer. Les initiatives n'ayant pas permis de mettre en évidence les différences de santé dans les groupes de population, pourraient en fait engendrer des inégalités en santé dentaire, selon Provart & Carmichael (1995). C'est pourquoi ces auteurs, ainsi que Jones & Nunn (1995), considèrent que les services dentaires devraient être fournis en fonction de la précarité matérielle, selon un indice basé sur le Townsend index.

- Enfin, le troisième est le « Carstairs score and its deprivation categories » (DEPCAT) qui sont des mesures de la pauvreté, en relation avec la santé et la maladie, utilisées en Ecosse. Un score est disponible pour chaque secteur des codes postaux existant en 1991 en Ecosse. Cet indice serait un bon reflet de l'accès aux ressources matérielles et permet de quantifier les niveaux de pauvreté relative dans différentes localités.

En Angleterre, Monaghan & Heesterman (1999) proposent de baser les subventions des soins dentaires en fonction des quartiers de résidence des enfants, car ils reflètent mieux leur degré de précarité.

Mitropoulos suggère en 1993 de concentrer les efforts sur la recherche de facteurs qui conduisent à l'identification des groupes d'enfants à risque de caries, plutôt qu'à celle des individus, afin de mettre en place des actions préventives là où les besoins sont les plus importants.

Selon Powell (1998), les facteurs sociaux et comportementaux sont particulièrement intéressants chez les jeunes enfants et chez les personnes âgées. Il explique qu'il n'y a pas de modèle de prédiction de caries qui soit universel. Il faut donc se limiter au développement de modèles dans certaines communautés, afin d'apporter des soins préventifs plus efficaces.

De même, pour Holbrook et coll. (1993), en Islande, il n'y a pas de modèle prédictif suffisamment efficace pour être adopté de façon universelle.

Ainsi, la plupart des auteurs penchent pour une approche ciblée des patients à risque.

Mais pour Eronat & Eden (1992), l'éducation à l'hygiène orale et les conseils alimentaires, destinés à lutter contre le syndrome du biberon, doivent être fournis à toute la population, et en particulier aux femmes enceintes, et non uniquement à un groupe à risque.

L'étude de Provart & Carmichael en 1995 montre que des patients peuvent injustement être classés à risque alors qu'ils ne le sont pas, et inversement.

D'autre part, selon Tickle et coll. (2000), les inégalités concernant la santé des enfants peuvent être détectées, quelque soit la mesure de précarité utilisée, car aucun d'entre eux n'apporte d'avantage dans leur façon de segmenter la population. La segmentation en fonction de la prévalence de la maladie, fondée sur les écoles, serait légèrement meilleure que les autres indicateurs, car les dentistes connaissent par expérience les écoles dans lesquelles il y a le plus d'enfants atteints par la carie. Cependant, cette méthode présente des lacunes pour les auteurs, c'est pourquoi il serait nécessaire d'avoir une approche globale de la population, et non pas ciblée, pour avoir un effet significatif sur tous les

niveaux de la maladie. De plus, les mesures du statut socio-économique seraient plus efficaces dans l'identification des groupes ayant une faible prévalence de caries, par exemple dans les régions fluorées.

Ainsi, les programmes classiques n'étant pas assez efficaces, les facteurs de risque ont été analysés de façon minutieuse.

Les programmes se sont alors appuyés sur des facteurs plus précoces afin d'intervenir plus tôt, mais leur diversification a rendu leur choix plus difficile.

DEUXIÈME PARTIE :

DESCRIPTION DES
RESTAURANTS DU CŒUR
ET DES RELAIS DU CŒUR

En octobre 1985, à l'antenne d'Europe 1, Coluche, célèbre humoriste français, émet l'idée de créer des cantines gratuites afin de distribuer pendant l'hiver, 2000 à 3000 couverts pour les personnes dans le besoin.

C'est ainsi que naît le 14 octobre 1985, l'association « les Restaurants du Cœur - les Relais du Cœur » ayant pour but « d'aider et d'apporter une assistance bénévole aux personnes démunies, notamment dans le domaine alimentaire par l'accès à des repas gratuits, et par la participation à leur insertion sociale et économique, ainsi qu'à toute l'action contre la pauvreté sous toutes ses formes » (J.O. du 14 octobre 1985).

En France, « les droits fondamentaux des personnes en grande difficulté sont le droit au travail et à la formation, le droit à l'éducation et à la culture, le droit à la protection de la santé, le droit à des moyens convenables d'existence, le droit au logement, le droit à la justice et à l'exercice de la citoyenneté, le droit à la protection de la famille et de l'enfance » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Mais, malgré la loi contre les exclusions, datant de juillet 1998, ces droits fondamentaux ne sont pas encore respectés aujourd'hui, et beaucoup de personnes vivent encore dans la précarité, qu'elle soit alimentaire, matérielle ou médicale...

C'est pourquoi l'association des Restaurants du Cœur conserve toujours une place importante parmi les individus démunis.

2.1. Généralités.

2.1.1. L'organisation des « Restos du Cœur ».

Cette association des « Restos du Cœur » est composée d'un niveau national auquel sont rattachés des niveaux départementaux, ainsi que 10 antennes nationales réparties dans le pays et chargées de faciliter la communication et les relations entre le niveau national et les niveaux départementaux. L'activité des Restos du Cœur se limite à la France métropolitaine, car la création d'antennes dans les départements et territoires d'outre-mer serait trop onéreuse.

Au niveau national, l'association est dirigée par Jean-Pierre Garraud, Président, Mme Colucci restant Présidente d'Honneur. Elle réunit ses membres «en assemblée générale au moins une fois par an, afin d'approver les comptes, le rapport moral, et d'élire le nouveau conseil d'administration». «Cette assemblée générale est majoritairement constituée de responsables des associations départementales» (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Le conseil d'administration, comprenant 24 membres, a pour rôle de définir la politique des Restos et de désigner un bureau chargé d'appliquer cette politique, avec l'aide d'une équipe de permanents et de bénévoles.

Le bureau comprend le Président, le Trésorier, le Secrétaire Général et une dizaine de responsables d'activité. Il se réunit chaque semaine.

«L'association nationale a son siège social au 8, rue d'Athènes à Paris 9^{ème}. Il centralise un certain nombre d'activités, dont bénéficient toutes les associations départementales :

- les achats et l'approvisionnement pour les départements, qui seront ensuite répartis dans les différents centres de distribution ;
- l'appui technique et l'aide financière pour les actions d'aide alimentaire et d'aide à l'insertion ;
- la formation de bénévoles ;
- le suivi du bon fonctionnement des associations départementales, avec le contrôle et la consolidation de leurs comptes ;
- l'aide à la cohérence des actions des différents intervenants et à l'échange d'informations entre eux ;
- les relations avec la presse nationale et internationale ;
- l'autorisation des manifestations faites au nom et au bénéfice des Restos » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Au niveau départemental, on compte 112 associations, c'est-à-dire plus que le nombre de départements, car certains d'entre eux nécessitent d'être divisés en plusieurs associations, du fait de l'importance du nombre de bénéficiaires.

«Elles élisent leur conseil d'administration et possèdent de nombreuses ramifications locales. Elles sont autonomes juridiquement, mais sont liées à l'association nationale par un contrat d'agrément qui définit leurs obligations» (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Actuellement, l'association regroupe 560 000 bénéficiaires, 415 000 donateurs et 40 000 bénévoles. Ces derniers doivent s'engager à appliquer la Charte des bénévoles :

- « Respect, solidarité envers toutes les personnes démunies,
- Bénévolat, sans aucun profit direct ou indirect,
- Engagement sur une responsabilité acceptée,
- Convivialité, esprit d'équipe, rigueur dans l'action,
- Indépendance complète à l'égard du politique et du religieux,
- Adhésion aux directives nationales et départementales. » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Ces bénévoles viennent de tous les horizons : hommes ou femmes, actifs ou retraités, étudiants..., recouvrant des activités très diverses (Photographie 1). Des stages de formation sont organisés par l'association nationale pour répondre aux problèmes rencontrés par les bénévoles sur le terrain.

2.1.2. Les ressources.

La gestion économe et la transparence sont des principes essentiels pour les Restos du Cœur, qui leur permettent notamment d'avoir moins de 10% de frais de fonctionnement dans leurs dépenses. Ils possèdent en outre trois systèmes externes (contrôle par le Comité de la Charte, par un commissaire aux comptes et par la Cour des Comptes) et un système interne complet (animé par des spécialistes de la comptabilité et du contrôle de gestion) pour le contrôle de la gestion financière.

« La plus grande partie des ressources des Restos provient des dons et des legs » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004). Depuis le 20 octobre 1988, les donateurs bénéficient d'une réduction fiscale grâce à la « loi Coluche », du nom de son instigateur, leur permettant de déduire de leurs impôts 60% du montant de leur don.

« Puis s'y ajoutent les subventions des collectivités publiques et les produits des opérations Enfoirés. Les Enfoirés sont un groupe d'artistes, initialement ceux qui ont interprété la « Chanson des Restos », qui sillonnent la France à l'occasion de tournées depuis novembre 1989, afin de reverser l'ensemble des bénéfices à l'association. Ainsi, la vente des disques et cassettes des concerts des Enfoirés, ainsi que la diffusion télévisée, représentent près d'un quart des recettes de l'association » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

« Les ressources des Restos comprennent également tous les dons en nature, que ce soit des produits alimentaires, du mobilier, des prêts de véhicules, ou des offres de services. Des opérations « caddies » sont aussi souvent organisées, avec l'aide des supermarchés » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004) : des bénévoles sont présents à l'entrée des magasins pour distribuer des prospectus décrivant les besoins matériels des Restos. Ainsi, les personnes qui le désirent peuvent acheter certaines denrées alimentaires et produits de première nécessité au profit des Restos, et les remettre à la sortie du magasin.

« D'autre part, l'association bénéficie de la générosité du public organisant des manifestations diverses dans le but de faire connaître les Restos ou de recueillir des fonds. Mais aucune manifestation ne peut être organisée au bénéfice des Restos sans leur accord préalable » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

2.1.3. Les actions.

Les Restos du Cœur ont deux objectifs principaux : l'aide alimentaire et l'insertion des bénéficiaires.

2.1.3.1. L'aide alimentaire.

En ce qui concerne l'aide alimentaire, elle est donnée en priorité aux plus démunis, et pendant la période de l'année la plus critique, c'est-à-dire de début décembre à fin mars.

Mais depuis l'hiver 87-88, l'inter-campagne a été mise en place : un grand nombre de centres de distribution restent ouverts pendant le reste de l'année pour aider les plus démunis.

Cette aide nécessite une inscription et une justification de l'insuffisance des ressources. Cette inscription permet en outre de mettre en évidence les besoins du bénéficiaire, autres qu'alimentaires. Elle est fondée sur un seuil de revenu qui n'est pas divulgué. Ce sont les feuilles d'impôts qui permettent d'établir le nombre de parts.

Les plus nécessiteux ont double part, à partir d'un deuxième seuil. Le barème ne peut être donné, afin d'éviter que d'autres associations ne se déchargent sur les Restos.

Trois types d'aide alimentaire sont apportés :

1) La distribution de denrées pour les bénéficiaires qui peuvent cuisiner.

Chaque bénéficiaire reçoit la quantité de nourriture lui permettant de préparer quotidiennement un repas complet et équilibré pour tous les membres de son foyer, ainsi que des produits d'hygiène et des produits alimentaires de base. Les Restos s'efforcent de laisser aux bénéficiaires le choix des produits qu'ils emportent.

« Ces denrées alimentaires proviennent de dons en nature de la Communauté européenne, grâce à l'intervention de Coluche en 1986, et d'achats en gros auprès de fournisseurs. Elles sont ensuite réparties dans les différents centres de distribution ».

« On compte actuellement plus de 1700 centres dans toute la France, dans lesquels les bénéficiaires reçoivent les denrées une ou plusieurs fois par semaine. Mais ces centres sont également des lieux d'accueil, où les personnes démunies viennent chercher chaleur, écoute et contact, autour d'un café » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

2) Les repas chauds, pour ceux qui ne peuvent cuisiner.

Ils ne nécessitent aucun justificatif ni carte d'inscription.

Ils sont distribués le midi, toute l'année, dans la plupart des grandes villes, celles-ci gérant l'activité de façon autonome.

Des Camions du Cœur, créés en 1989-1990, se chargent de la distribution d' « un peu de pain » le soir, sur le trottoir.

A Paris et à Nantes, il existe même une fourgonnette, la Maraude, qui circule dans les rues la nuit pour ceux qui ne peuvent se rendre aux centres ni aux Camions.

3) Les Restos Bébés du Cœur.

Il en existe une centaine.

Ils fournissent « nourriture adaptée, vêtements, couches, conseils en pédiatrie, diététique, puériculture, jeux et hygiène pour les enfants en bas âge » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Des professionnels sont présents afin de répondre aux problèmes spécifiques des parents ou futurs parents.

Il existe aussi des Points Bébés dans les centres Restos permettant la distribution de lait, petits pots, couches, vêtements...

Ainsi, « les Restos assistent environ 24 000 enfants âgés de 7 jours à 18 mois par an » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

2.1.3.2. L'insertion des bénéficiaires.

Elle recouvre des domaines très divers, dont l'aide au logement, à l'emploi, à la réhabilitation...

1) L'aide au logement :

« Elle prend des formes diverses, qui vont de l'hébergement d'urgence à l'accompagnement vers une location stable » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Il existe en effet une quinzaine de centres d'hébergement d'urgence qui « accueillent pour quelques nuits les personnes en grande détresse et leur délivrent éventuellement une aide médicale et psychologique » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

De plus, depuis son inauguration en 1995-1996, la Péniche du Cœur permet de recevoir chaque soir 70 personnes sans domicile fixe à Paris.

Des lieux de vie ont également été mis en place afin de permettre aux bénéficiaires de se reconstruire, en retrouvant une vie collective et en exerçant toutes sortes d'activités comme l'élevage d'animaux, le jardinage...

Pour les personnes en situation difficile socialement et économiquement, une dizaine de résidences sociales proposent un accueil pendant une période allant jusqu'à deux ans, afin qu'elles retrouvent leur autonomie et un logement stable, tout en étant encadrées par une équipe de bénévoles et de professionnels.

Enfin, l'accès à une location stable est réalisé de différentes manières, par exemple en aidant les personnes à faire face aux dépenses initiales de location comme les frais d'agence..., ou encore en sous-louant la location jusqu'à ce que le bénéficiaire puisse l'assumer lui-même...

2) L'emploi (Photographie 2) :

Cela consiste pour les bénévoles à accompagner le bénéficiaire vers un emploi durable, c'est-à-dire à lui redonner des objectifs, lui permettre de créer des liens sociaux, et à le réhabituer au rythme professionnel. Ceci est réalisé grâce aux Jardins du Cœur, aux Ateliers du Cœur, et au Soutien à la Recherche d'Emploi. Les personnes sont « généralement employées et accompagnées en contrats aidés, Contrat Emploi Solidarité (CES) ou Contrat Emploi Consolidé (CEC) » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Les Jardins du Cœur ont été créés en 1989. Ils ont été « donnés ou loués pour un euro symbolique par les communes ou les particuliers », avec une surface d'un hectare en moyenne. On en compte plus d'une centaine aujourd'hui.

Les personnes y cultivent des fruits et légumes destinés aux centres de distribution des Restos, des fleurs, et élèvent par exemple des chèvres ou exploitent des ruches...

Ces Jardins leur permettent de travailler dans un environnement agréable, en plein air, tout en étant utiles pour les autres, ce qui est valorisant pour eux.

Il existe aussi des Jardins de proximité qui sont « des parcelles mises à la disposition personnelle d'un bénéficiaire, qu'il va cultiver pour les autres ou pour lui-même. »

Les Ateliers du Cœur ont aussi été créés en 1989. Ils sont au nombre de 80 environ. On distingue 3 catégories :

➤ Les ateliers d'activité liés à la vie quotidienne, comme par exemple l'initiation à la couture, la cuisine quotidienne..., mais qui sont plutôt liés à des motivations ou des goûts personnels.

➤ Les ateliers « lourds » : ce sont des structures « à gros budget, avec des effectifs importants de salariés en contrat CES », qui travaillent dans la mécanique, la menuiserie, l'imprimerie... Ils « présentent un taux de sortie vers l'emploi de 20 à 40% ».

➤ Les ateliers « légers » : ils sont plus nombreux, plus faciles à gérer, et regroupent des activités très diversifiées, comme la réparation de vélos, la réhabilitation de logements...

La production de ces ateliers est là encore destinée aux bénéficiaires des Restos.

Le Soutien à la Recherche d'Emploi (SRE) :

Il s'agit d'un soutien permanent et personnalisé, destiné à encourager et aider le bénéficiaire tout au long de ses démarches pour trouver une activité professionnelle.

Cette aide à l'emploi a permis à un millier de personnes par an, depuis 1997, de connaître une expérience professionnelle. Certains ont ensuite décroché un CDI, d'autres sont entrés en formation professionnelle.

3) L'aide à la réhabilitation :

Il s'agit avant tout de sortir les bénéficiaires de l'isolement, par l'organisation d'activités ludiques ou festives.

Par exemple, des vacances à la mer, à la montagne ou à la campagne sont organisées pour et par des bénéficiaires, accompagnés de bénévoles.

Les « Rendez-vous au cinéma » permettent aussi aux bénéficiaires de visionner en famille les films à l'affiche.

Et bien d'autres activités sont préparées : sorties en groupe, culturelles ou sportives...

Mais il s'agit également d'aider les bénéficiaires dans leurs démarches administratives, juridiques, médicales..., en collaboration avec les autres associations, les collectivités locales et les services sociaux (Photographie 3).

Des groupes se sont ainsi formés depuis 1997-1998, pour aider les personnes à communiquer, lire et écrire (Photographie 4), ou même à cuisiner, coudre ou bricoler, afin qu'elles se sentent « comme tout le monde » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004) (Photographie 5).

Des médecins et/ou des infirmières sont présents dans plusieurs départements pour « assurer une observation et des premiers soins, et orienter le bénéficiaire vers les établissements appropriés. » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004).

Bien d'autres initiatives sont mises en place dans chaque département (coiffure, vestiaire, douches...).

Toutes ces initiatives illustrent ainsi l'objectif global des Restos pour 2003, qui est « de mettre en place un dispositif d'aide à la personne dans un grand nombre de centres Restos » (Les Restaurants du Cœur, 2002-2004), c'est-à-dire être à l'écoute de la personne, rechercher des solutions, l'orienter vers les activités ou organismes compétents, et lui permettre de « redevenir comme tout le monde ».

2.1.4. Les Relais du Cœur.

Ils ont été créés lors de la campagne 1989-1990 et concernent l'aide à la personne, pour ceux qui sont en difficulté dans leur vie quotidienne. Les Relais ont pour objectif d'accompagner les individus dans leur réinsertion.

Ils regroupent ainsi les actions d'insertion et de réhabilitation décrites précédemment : aide au logement, aide à l'emploi et aide à la réhabilitation par l'organisation d'activités, l'aide dans les démarches administratives, juridiques ou médicales.

Les Relais sont aussi tous les « coins café » dans les centres de distribution. Ainsi, Relais et Restos sont en général liés dans les centres, d'où la difficulté à dénombrer les Relais.

2.2. Description de la situation nancéienne (Photographie 6).

2.2.1. Les Restos du Cœur de Nancy.

Depuis 2001, le Président des Restos de Meurthe-et-Moselle est Mr Philippe Gelly. Celui-ci est bénévole aux Restos du Cœur et en activité chez EDF-GDF. A ce titre, il est détaché de ses fonctions par son employeur pendant une journée dans la semaine, afin de se consacrer aux Restos.

Il a succédé à Mme Valérie Simon.

Les Restos du Cœur de Nancy ne comptent que deux salariés en Contrat Emploi Consolidé (CEC).

Ils disposent de 4 centres de distribution :

- 2 à Nancy, situés dans les quartiers de Nabécor et du Haut-du-Lièvre, ouverts les mardis et jeudis.
- 1 à Laxou, ouvert les mardis et jeudis.
- 1 à Vandœuvre-lès-Nancy, ouvert les mercredis et vendredis.

2.2.2. Les Relais du Cœur de Nancy.

Les Relais du Cœur de Nancy ont été créés en décembre 2000. Mme Arlette Hickel, ancienne attachée scientifique dans l'industrie pharmaceutique, actuellement à la retraite, en a été nommée responsable par le bureau des Restos du Cœur 54, en tant que bénévole (Photographie 3).

Ils sont pratiquement les seuls en France à être situés en dehors des centres de distribution, ce qui leur permet d'avoir une structure adaptée à leurs activités et à la fréquentation des lieux.

Contrairement aux centres de distribution, ils sont ouverts toute l'année, du lundi matin au vendredi après-midi, sauf en août.

De plus, ils sont ouverts à toute personne en difficulté, c'est-à-dire à la recherche d'un soutien moral ou matériel, même si celle-ci n'est pas bénéficiaire des Restos du Cœur.

Ils travaillent également en partenariat avec les organismes sociaux de la ville comme le CMPP, rue Isabey à Nancy.

2.2.2.1. Evolution des locaux et activités.

2.2.2.1.1. Rue Chanzy.

A l'époque de leur création, ils étaient domiciliés rue Chanzy, au centre ville de Nancy. Un local avait été trouvé au 10, rue de Serre à Nancy, mais suite à un incendie dans celui-ci, le déménagement n'a pu avoir lieu.

Les locaux étaient partagés avec les Relais Bébés, ceux-ci bénéficiant du local les après-midi, et les Relais du Cœur les matins.

Ces locaux comportaient une grande pièce pour recevoir les personnes, et une pièce plus petite pour stocker les vêtements d'enfants pour les Relais Bébés.

Les activités et services proposés étaient alors :

- l'aide aux devoirs et l'alphabétisation,
- la consultation juridique,
- l'aide d'un écrivain public,
- la coiffure et le maquillage, réalisés par des bénévoles,
- les consultations bucco-dentaires,
- les consultations d'une orthophoniste,
- les consultations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF),
- la fourniture de lunettes, pour les bénéficiaires des Restos exclusivement, de janvier à mars, grâce à un partenariat avec le magasin Optissimo, à Laxou.

2.2.2.1.2. Centre du Haut-du-Lièvre.

A partir de mai 2001, le local a dû être rendu. Les Relais du Cœur et Relais Bébés ont été transférés, de façon temporaire, au centre de distribution du Haut-du-Lièvre qui était fermé pendant l'inter-campagne. Les activités furent alors limitées aux consultations de la CAF, au vestiaire qui commençait à être mis en place, et aux consultations bucco-dentaires.

2.2.2.1.3. Rue Henri Lepage.

En novembre 2001, un nouveau local, plus spacieux et plus accessible géographiquement à la plupart des bénéficiaires, fut inauguré rue Henri Lepage, près du faubourg des 3 Maisons. Celui-ci comportait une grande pièce pour l'accueil des personnes avec le bureau des Relais, des tables et des chaises (Photographie 7), une petite cuisine pour préparer le café et servant de salon de coiffure le samedi matin (Photographie 8), une pièce pour le vestiaire et une pièce contiguë avec plusieurs tables pour les cours et activités (Photographie 9), un débarras muni d'un lavabo, des sanitaires et une cave.

Ainsi, de nouvelles activités et services ont pu être organisés :

- les conseils d'un médiateur EDF,
- l'aide d'un conseiller fiscal,
- les clubs de jeux (tarot, belote, scrabble...),
- les cours de couture et de crochet,
- le bilan complet de santé, réalisé par la Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy,
- le vestiaire pour adultes et enfants,
- le système d'entraide : à partir d'annonces accrochées sur un tableau, les personnes se contactent afin d'offrir ou de demander un service, des meubles... (Photographie 10)
- les mercredis enfantins, avec toutes sortes d'activités manuelles, des sorties à la piscine, de la spéléologie, des pique-niques, et des animations pour le Carnaval, pour Noël et Nouvel An...
- le concert des Enfoirés, des séances de cinéma...

Ces locaux se sont alors rapidement avérés trop étroits, étant donné le nombre croissant de personnes fréquentant les Relais.

2.2.2.1.4. Rue de l'Armée Patton.

Les Restos de Nancy se sont donc vus dans l'obligation de demander une aide à l'association nationale, afin de pouvoir louer une maison permettant aux bénévoles de travailler dans de meilleures conditions, et aux bénéficiaires d'être reçus comme tous les bénévoles l'auraient souhaité.

Ce local devait en effet être susceptible d'accueillir à la fois tous les bénéficiaires venant discuter autour d'un café, toutes les activités se faisant dans les mêmes créneaux horaires et dont beaucoup nécessitent la

confidentialité, le vestiaire, qui demande un grand espace en permanence pour le stockage, une pièce réservée aux enfants, une cuisine pour préparer le café et stocker les provisions, une salle de bains pour la coiffure, et des sanitaires.

Cette maison a été trouvée par Mme Hickel mi-octobre 2002, mais l'inauguration n'a pu avoir lieu qu'en décembre, des difficultés avec l'agence de location ayant retardé la réouverture des Relais (cf article).

Située au 38, rue de l'Armée Patton (Photographie 11), au centre ville de Nancy, elle possède 3 étages :

- au rez-de-chaussée (Photographie 12):

✓ une grande pièce pour recevoir les bénéficiaires et installer le bureau des Relais (Photographie 13),
✓ un grand vestiaire (Photographie 14),
✓ une cuisine (Photographie 15),
✓ des sanitaires,
✓ une cave permettant de stocker les vêtements non triés et les marchandises.

- au premier étage :

✓ quatre pièces munies de tables, chaises et tableaux blancs, destinées aux cours et aux consultations diverses (Photographies 16 et 17),
✓ une salle de bains avec deux lavabos, une baignoire, et des sanitaires (Photographie 18).

- Le deuxième étage est une très grande pièce réservée aux enfants, avec là encore des sanitaires (Photographie 19). Elle est décorée et parée de toutes sortes de jouets (Photographies 20 et 21).

Actuellement, les Relais offrent toutes les activités qui ont été énumérées, ainsi que la consultation d'une orthophoniste, à nouveau, depuis cette année.

Chaque parent qui le désirait a reçu un cadeau à offrir à ses enfants pour Noël.

Mais les Relais ne sont pas à cours d'idées ! Ils souhaiteraient mettre en place les « Taxis du Cœur » : il s'agit d'embaucher deux personnes en Contrat Emploi Solidarité pour conduire et entretenir un minibus de neuf places, dans le but de les réinsérer en leur faisant passer tous les permis nécessaires pour qu'ils puissent ensuite être embauchés ailleurs ; ce minibus permettrait de véhiculer les bénéficiaires sans moyen de locomotion ou ne pouvant payer les moyens de

transport comme le bus, pour les emmener des quatre centres de distribution ou de la périphérie de Nancy vers les Relais du Cœur. Pendant l'inter-campagne, ce minibus pourrait être utilisé pour les après-midis enfantines, par exemple pour emmener les enfants à la piscine ou en pique-nique.

2.2.2.2. Les bénévoles et les bénéficiaires.

1) En ce qui concerne les bénévoles des Relais du Cœur, ils sont actuellement une cinquantaine dont :

- Une vingtaine à l'accueil : ce sont essentiellement des retraités, mais il y a aussi des étudiants des Facultés de Droit, de Lettres et de Chirurgie Dentaire, ainsi que des stagiaires issus des écoles préparant aux métiers sanitaires et sociaux. Les demandes de stages sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses.
- 10 à 15 professeurs, dont 4 sont en activité, les autres étant retraités.
- Une retraitée et 5 étudiantes pour s'occuper des enfants.
- Une retraitée, 2 étudiantes et un bénéficiaire pour le vestiaire,
- Une retraitée et 3 bénéficiaires pour les cours de couture,
- Les partenaires :
 - 2 coiffeuses de Sylvie coiffure, en activité,
 - une représentante de la CAF, en activité,
 - un médiateur EDF, en activité,
 - 2 écrivains publics, en activité,
 - une orthophoniste, en activité,
 - un médecin, 2 infirmières et une responsable administrative pour le bilan de santé, en activité au Centre de Médecine Préventive (CMP) de Vandœuvre,
 - un étudiant en Chirurgie Dentaire,
 - un professeur de Droit en activité et un titulaire de DESS en droit pour la consultation juridique, tous deux en activité,
 - un conseiller fiscal, en activité,
 - un partenaire externe, pour la fourniture de lunettes : Optissimo.

Une demande écrite, suivie d'un entretien, est nécessaire pour devenir bénévole des Relais du Cœur. Puis il faut signer la « Charte des bénévoles ». Celle-ci apporte une assurance par les Restos, durant le temps du bénévolat.

De nombreux bénévoles sont recrutés par l'intermédiaire du Centre du Volontariat.

2) En ce qui concerne les personnes fréquentant les Relais, ils étaient plus de 1 000 personnes par mois en février 2003, dont plus de 80 % sont des bénéficiaires des Restos.

- Les bénéficiaires des Restos du Cœur comprennent toutes sortes de personnes, selon les situations. En effet, on y distingue :

➤ beaucoup de jeunes de moins de 25 ans, ne pouvant bénéficier du RMI,

➤ des étudiants avec ou sans bourse, celle-ci n'étant pas prise en compte dans le barème d'inscription. Mais il s'agit principalement d'étudiants étrangers, en attente de bourse ou envoyés par les assistantes sociales au cours de leur deuxième année d'étude, car ceux-ci perçoivent des aides lors de leur première année, et se trouvent souvent sans ressource les années suivantes,

➤ des femmes seules avec des enfants. Le département de Meurthe-et-Moselle compte 180 bébés bénéficiaires pour l'année 2003,

➤ des chômeurs en fin de droit, le barème étant dégressif jusqu'au RMI,

➤ des étrangers qui attendent leur carte de séjour définitive : réfugiés territoriaux, réfugiés politiques, demandeurs d'asile... , en particulier des Algériens, Marocains, Turcs, et surtout des étrangers venant des pays de l'Est depuis 2002,

➤ des personnes de 50-60 ans, au chômage et en attente de leur droit à la retraite,

➤ certaines personnes de plus de 60 ans, en particulier des femmes sans retraite, mais il y en a peu, le minimum retraite dépassant le barème des Restos,

➤ certaines familles nombreuses. En effet, les familles de plus de trois enfants ne sont généralement pas bénéficiaires, car elles ont des prestations sociales qui leur font dépasser le barème. Si ce n'est pas le cas, cela signifie que les organismes sociaux n'ont pas mis leur situation à jour : les familles attendent par exemple le transfert de leur dossier pour obtenir le relais du RMI par les ASSEDIC, ou bien la constitution de leur dossier par les ASSEDIC,

➤ les familles endettées : il s'agit d'une situation provisoire, par exemple pour le non-paiement d'une facture d'électricité ou de téléphone, ou bien pour le paiement des impôts, mais non pour le paiement de factures personnelles comme pour une voiture, du mobilier (excepté s'il est destiné aux enfants)... Les dettes doivent être confirmées par les organismes sociaux concernés. Ces familles reçoivent une demi-part, en attendant la régularisation de leur situation,

➤ les familles en surendettement : elles reçoivent une part entière, mais ont une carte provisoire de la durée du surendettement si cette durée ne dépasse pas la date de la campagne Restos,

➤ les personnes en situation provisoire : changement de situation lié à une faillite, à un divorce en cours... Ces individus sont aidés par les Restos en attendant la régularisation de leur situation. Une notification de faillite ou de divorce est alors nécessaire.

➤ une trentaine de SDF.

- Les autres personnes, non bénéficiaires des Restos, sont des chômeurs possédant le minimum vital, dépassant légèrement le barème des Restos mais ayant d'autres obligations, ou n'ayant pas voulu faire la démarche de s'inscrire aux centres de distribution pour un problème d'accessibilité ou par amour-propre.

TROISIEME PARTIE :

ENQUETE MENEÉE
DANS LES RELAIS DU CŒUR
DE NANCY

3.1 Objectifs.

- Réunir des informations sur ces populations dans la précarité.
- Faire une première mesure des besoins et des conseils primordiaux à apporter.
- Etablir un contact avec les familles, consulter les tout-petits avec leurs parents et prévenir les parents des risques de caries chez leurs enfants.
- Voir comment insérer un examen bucco-dentaire dans les Restos du Cœur.

3.2 Matériel et méthode.

NB : les difficultés rencontrées lors de la mise en place sont indiquées *en italique*.

3.2.1 Mise en place.

L'action de prévention bucco-dentaire aux Relais du Cœur a débuté en 2000 sur l'idée d'Arlette Hickel, au moment où celle-ci s'est vue confier la responsabilité des Relais.

Mme Hickel a en effet exposé son projet de prévention dentaire au Président du Comité de Prévention de Meurthe-et-Moselle, le Dr Michel Blique, qui a alors permis la mise en place de l'action chez ces enfants de milieu défavorisé.

Nous connaissant personnellement, Mme Hickel nous a proposés comme opérateur bénévole au Dr Blique.

Notre formation pédagogique et pratique s'est effectuée à la Faculté Dentaire de Nancy, sous la direction du Dr Dominique Droz, alors responsable du service d'Odontologie Pédiatrique. Celle-ci a mis en place avec le Dr Edith Roland, responsable du secteur Odontologie du Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre, un questionnaire servant de support de prévention.

Le Comité de Prévention a mis à disposition des Relais du matériel dentaire (Photographies 22 et 23):

- brosses-à-dents et dentifrice adaptés selon les âges des enfants,
- miroirs et sondes jetables pour les examens,

- 1 fauteuil pliable,
- mâchoire et brosse pour les démonstrations de brossage,
- affiches de prévention,
- cassette vidéo sur le syndrome du biberon,
- télévision et magnétoscope,
- dépliants sur la prévention du syndrome du biberon,
- dépliants sur les différentes méthodes de brossage en fonction des âges,
- dépliants sur la prévention dentaire chez les adolescents.

Puis, pour la deuxième année de prévention aux Relais, ont été ajoutés :

- 1 lampe frontale,
- du révélateur de plaque,
- des dépliants sur les traumatismes dentaires (Photographie 24),
- des dépliants sur le scellement des puits et fissures,
- des jeux de coloriage et puzzles pour les enfants.

3.2.1.1 Centre de Nabécor.

Les premières interventions ont été réalisées avec le Président du Comité de Prévention, dans le centre de distribution de Nabécor, les Relais ne disposant pas encore de local.

Nous avons interrogé les bénéficiaires à partir du questionnaire, lorsqu'ils arrivaient à la distribution de produits pour enfants ou de produits d'hygiène, *mais le dialogue s'est avéré difficile étant donné le mouvement autour de nous et les préoccupations des bénéficiaires qui étaient plutôt alimentaires.*

D'autre part, il était difficile de stocker le matériel, les bénévoles ayant, un jour, pris par mégarde notre matériel pour le distribuer, sans prendre en compte l'âge des enfants, et surtout sans que le message de prévention ne soit délivré.

3.2.1.2 Rue Chanzy.

A partir de décembre 2000-janvier 2001, les Relais se sont installés **rue Chanzy**. Le local disposait de tables et chaises permettant une discussion plus aisée avec les parents.

Nous avons donc commencé les séances de prévention, à raison d'une matinée dans la semaine, généralement le mardi matin.

L'inconvénient majeur était que les parents ne pouvaient alors pas emmener leurs enfants scolarisés pour que nous examinions leur état bucco-dentaire. En effet, les séances avaient été initialement prévues pour les tout-petits, mais il s'est rapidement avéré difficile de faire un « tri » dans les consultants, certains parents souhaitant des conseils pour leurs enfants plus âgés. D'autre part, les besoins étant importants, nous nous sommes concentrés sur tous les enfants.

Les séances consistaient tout d'abord à aller vers les parents, à leur proposer des conseils de prévention dentaire pour les enfants, suivis d'une distribution de brosses-à-dents et de dentifrice. Les personnes acceptaient en général et venaient s'asseoir avec nous autour d'une table. Nous discutions alors à partir du questionnaire.

Chaque question était l'occasion d'expliquer aux parents les comportements à adopter pour leurs enfants, en insistant sur les plus importants, comme le brossage s'il n'était pas du tout instauré, l'arrêt du biberon la nuit, ou encore la consultation chez un dentiste..., tout en encourageant la poursuite des comportements favorables. L'apprentissage de la méthode de brossage adaptée à l'âge était réalisé à l'aide de la mâchoire et de la brosse provenant de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD).

Le questionnaire était suivi d'un examen très rapide, à l'aide d'un miroir, nous permettant ainsi d'avoir une idée des besoins en soins de ces enfants :

- avaient-ils des caries ?
- les petits avaient-ils de la plaque sur leurs incisives maxillaires - la présence de plaque sur les incisives maxillaires dès 1 an étant le plus souvent associée à des polycaries à l'âge de 4 ans- ?
- quel était leur comportement ?

Un examen plus approfondi n'était pas possible, étant donné que le local ne comportait que deux pièces, dont l'une servait à stocker des vêtements d'enfants. Nous n'avons donc pas pu installer le fauteuil pliable, par manque de place et d'intimité, et d'autre part, celui-ci aurait certainement provoqué une

certaine réticence de la part des parents, la plupart nous confiant craindre les soins dentaires.

Mais l'objectif que nous nous étions fixé était d'évaluer les besoins en soins et les conseils primordiaux à apporter aux parents.

Enfin, les parents recevaient une brosse-à-dents et un tube de dentifrice adaptés à l'âge de chaque enfant « observé », ainsi qu'une brosse et du dentifrice pour eux-mêmes, leur montrant l'importance du rôle de l'imitation dans l'éducation, et celle d'avoir « à chaque âge son brossage ». Des dépliants leur étaient remis sur la méthode de brossage et sur la prévention du syndrome du biberon pour les petits.

Pour chaque famille, une fiche était remplie, indiquant la date, les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone, ainsi que des observations : les problèmes des enfants, les conseils donnés, la surveillance à réaliser, même si ces personnes ne revenaient pas en général.

Nous prenions soin de noter le matériel distribué, certaines personnes abusant de la générosité des Relais, au détriment d'autres qui se trouvent davantage dans la détresse.

Plusieurs séances ont été effectuées à l'aide du film « J'adore le biberon », réalisé par le Comité de Prévention Dentaire de Meurthe-et-Moselle, avec le concours financier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Nancy. Nous faisions visionner une séquence montrant les enfants atteints du syndrome du biberon aux parents donnant à leurs enfants le biberon tout au long de la journée ou la nuit, afin de leur montrer la réalité du message que nous tentions de leur transmettre. Nous avions également sélectionné une séquence montrant le brossage des enfants par les parents en fonction de l'âge. Cette méthode semblait assez parlante pour les parents, mais ajoutait du temps à la séance qui était déjà relativement longue (environ 20 à 30 mn).

Cependant, les Relais du Cœur partageaient ce local avec les Relais Bébés, comme nous l'avons précisé précédemment. Les débuts des Relais du Cœur se sont avérés relativement calmes, tandis que les Relais Bébés attiraient beaucoup de parents par la distribution de lait, de couches et de vêtements... Mais les après-midi n'étaient pas propices aux séances de prévention étant donné l'exiguité des locaux et le bruit engendré par tous les enfants, qui détournaient l'attention des parents.

De plus, ces Relais Bébés étaient dirigés par une autre responsable que Mme Hickel, et la communication en a alors été diminuée. C'est ainsi que les parents ayant reçu nos conseils venaient aux Relais Bébés l'après-midi, et se voyaient

proposer des bonbons, sucreries, jus de fruits ou lait pour leurs enfants qui ne manquaient pas de grignoter ces confiseries durant tout l'après-midi, alors que 3 repas et 2 goûters maximum leur avaient été conseillés le matin même.

Pour pallier à ce problème, nous avons demandé tout d'abord la suppression des bonbons par un courrier envoyé à Mme Simon, ce qui n'a été effectué que les matins. Puis nous avons proposé une première réunion afin d'exposer à l'ensemble des bénévoles les objectifs de notre présence et les conseils promulgués, afin que nous puissions tous tenir le même discours et que notre travail de prévention reste efficace. Mais personne ne s'est inscrit à cette réunion. Aussi, de passage un mercredi après-midi aux Relais Bébés pour un rendez-vous pris en urgence, nous avons proposé directement aux bénévoles présentes l'organisation d'une nouvelle réunion, mais celles-ci nous ont fait entendre qu'ayant eu elles-mêmes des enfants, elles n'avaient aucunement besoin de cette réunion, car elles savaient brosser des dents... Nous avons donc préféré nous concentrer sur les Relais du Cœur pour développer notre prévention dans de bonnes conditions.

Peu à peu, apprenant la création de ces Relais du Cœur, de plus en plus de personnes vinrent profiter de leurs services. Une distribution de produits d'hygiène a été initiée chaque mardi matin, ce qui attirait beaucoup plus de personnes. La Caisse d'Allocations Familiales envoya une personne afin de réaliser des consultations hebdomadaires, et un reportage télévisé fut diffusé sur les activités des Relais, dont la prévention bucco-dentaire, ce qui augmenta encore la fréquentation des Relais, et nous permit de nous entretenir avec environ quatre familles par matinée à partir du mois de février.

Ainsi, de janvier à mai 2001, une trentaine d'enfants, de quelques mois à la majorité, ont été examinés, et une vingtaine de mamans ont reçu des conseils.

3.2.1.3 Centre du Haut-du-Lièvre.

Puis à partir de mai 2001, les Relais du Cœur et Relais Bébés étant hébergés au Haut-du-Lièvre, le nombre de bénéficiaires des Relais diminua considérablement, car beaucoup d'entre eux étaient partis en vacances ou ne pouvaient se rendre jusqu'à ce centre, situé à une vingtaine de minutes du centre ville en bus. D'autre part, les activités et services étaient beaucoup moins nombreux, les bénévoles n'étant pas toujours disponibles à cette époque de l'année. Ainsi, la plupart des personnes se rendant aux Relais étaient des résidents de ce quartier, qui venaient chaque jour pour discuter autour d'un café.

3.2.1.4 Rue Henri Lepage.

Une fois installés rue Henri Lepage, les Relais Bébés et Relais du Cœur ont fusionné en une seule et même association : les Relais du Cœur de Nancy, dont la responsabilité a été confiée à Mme Hickel. La communication en a alors été considérablement améliorée, ce qui a permis d'avoir une équipe travaillant ensemble pour l'amélioration de la santé, des conditions de vie et l'aide à la réinsertion de chaque bénéficiaire.

Les séances de prévention bucco-dentaire ont été fixées chaque mercredi matin. Nous espérions ainsi voir plus d'enfants, en particulier les enfants scolarisés. *Mais les bénéficiaires furent peu nombreux à venir les mercredis matins.*

Un système de rendez-vous fut alors instauré pour nos séances de prévention, les bénévoles proposant nos services aux personnes qui le souhaitaient. *Mais très rapidement, nous pûmes constater l'inefficacité de ce système. En effet, les personnes n'étaient pas intéressées ou n'honoraient pas leurs rendez-vous, la santé bucco-dentaire n'étant pas une priorité pour ces populations défavorisées, comme nous l'avons décrit précédemment.*

Aussi, avons-nous décidé de proposer ponctuellement nos services aux personnes présentes le jour de notre visite, comme nous le faisions rue Chanzy. *Mais cela supposait de venir en même temps que les activités « attractives », car nos premières séances avaient été relativement calmes le mercredi matin.*

Nous avons donc fixé ces dernières les mardis matins car les personnes pouvaient bénéficier également du vestiaire et des consultations de la CAF. *L'inconvénient fut alors l'espace disponible. En effet, le nombre de personnes fréquentant les Relais augmenta très rapidement, surtout lors des horaires d'ouverture du vestiaire, ce qui signifie que la grande pièce d'entrée était remplie et ne nous permettait pas d'y travailler ; le vestiaire était occupé, avec des allées et venues de bénéficiaires munis de sacs remplis de vêtements, essayant de se frayer un chemin dans le vestibule pour ressortir jusqu'à l'entrée (Photographie 25) ; la salle de cours était réservée aux consultations de la CAF nécessitant confidentialité et espace pour installer un ordinateur.*

Il ne nous restait alors que la cuisine pour effectuer les séances de prévention (Photographie 26). Cependant, de nombreuses personnes devaient patienter avec un système de numéro pour accéder au vestiaire par ordre d'arrivée. Elles restaient alors dans la grande pièce, discutant avec les bénévoles, autour d'un café et de viennoiseries qu'une boulangerie donnait généreusement trois fois dans la semaine. *Ainsi, la cafetière de la cuisine fonctionnait en permanence, et les bénévoles étaient dans l'obligation de faire des passages réguliers dans la*

cuisine. Il était donc très difficile de garder l'attention des parents, détournant la tête à chaque passage, craignant de manquer leur tour au vestiaire et surveillant leurs enfants, prêts à se sauver à chaque ouverture de la porte... Des parents ont même souhaité suspendre la séance afin d'aller au vestiaire qui reste leur priorité (Photographies 27 et 28).

Le Comité de Prévention nous permis de contacter Michel Rulquin, de la Société Home Institut à Tomblaine, afin d'obtenir quelques produits d'hygiène pour enfants. Celui-ci nous fournit des parfums et savons que nous avons distribués en cadeaux aux enfants, suite à l'examen rapide, ce qui attira un peu plus les bénéficiaires.

Les séances se déroulaient de la même façon que l'année précédente, c'est-à-dire que les parents étaient invités à venir s'entretenir avec nous, puis nous remplissions le questionnaire (Photographie 29), en donnant à chaque fois les comportements souhaitables, mais sans trop insister cette fois. Nous voulions en effet diminuer le temps de consultation, et surtout dégager du questionnaire le ou les comportements fondamentaux à adopter ou à stopper, car trop de conseils apportés à la fois ne permettent pas d'obtenir de bons résultats. Les parents deviennent démissionnaires devant le nombre de comportements à modifier. Donc nous préférions insister sur un comportement majeur à modifier. L'examen rapide était aussi réalisé (Photographie 30), afin de déceler d'éventuelles caries ou de la plaque dentaire, et une démonstration de la méthode de brossage adaptée à l'âge était effectuée (Photographie 31). Les parents recevaient là encore brosses à dents et dentifrice adaptés à l'âge de leurs enfants et pour eux-mêmes (Photographie 22), ainsi que des dépliants sur le syndrome du biberon pour les petits, sur la méthode de brossage en fonction de l'âge, sur les traumatismes dentaires, et éventuellement sur la prévention dentaire chez les adolescents et sur le scellement des puits et fissures (Photographie 23).

Nous avons modifié la fiche contenant les renseignements sur le patient ; pour chacun, nous notions dans un tableau :

- la date,
- les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone des parents,
- les nom, prénom, âge et sexe de tous leurs enfants,
- les problèmes particuliers à surveiller,
- les conseils donnés,
- le matériel distribué,
- et enfin, la date d'un éventuel nouveau rendez-vous avec nous.

Ainsi, les problèmes étaient plus apparents, et donc plus facilement mis en évidence dans le cas où nous pouvions revoir les enfants. Nous savions alors facilement quels comportements nous avions conseillés aux parents, et pouvions les interroger sur la mise en place de ceux-ci.

Nous avions tenté au début de l'année de redonner des rendez-vous dans un délai d'un mois aux patients vus, mais là encore, ce système a échoué, les patients n'honorant pas les rendez-vous. Nous l'avons donc abandonné, et nous nous contentions d'interroger les parents lorsque nous avions la chance de les revoir. Pour certains patients dont l'état était préoccupant, nous nous entretenions avec Mme Hickel de la nécessité pour les enfants de consulter un dentiste. Ainsi, celle-ci renforçait le message auprès des parents et s'informait auprès d'eux de la prise d'un rendez-vous, ce qui nous permettait d'avoir un certain suivi des enfants.

Nous souhaitions effectuer des séances de brossage avec détecteur de plaque pour les enfants, mais cela n'était pas possible étant donné l'exiguïté des locaux, car il aurait fallu occuper soit l'espace servant de débarras, situé dans le vestibule, ce qui n'était pas possible pour des raisons de place, soit l'évier de la cuisine, ce qui n'était pas hygiénique.

L'utilisation de la télévision et du magnétoscope n'était plus possible pour visionner la cassette « J'adore le biberon », mais des photos de bouches d'enfants atteints du syndrome du biberon nous furent généreusement prêtées par le Dr Eric Fiszon, Odontologue Pédiatrique exerçant à Metz (Photographie 36). Nous utilisions ces photos aux mêmes fins que la cassette, c'est-à-dire afin de faire prendre conscience aux parents du réel danger que nous leur soulignions à propos de l'utilisation de biberon de lait ou de boisson sucrée la nuit ou en permanence dans la journée.

Cette opération était au départ réservée aux enfants, mais étant donné l'affluence des réfugiés politiques et territoriaux, en majorité des ressortissants de l'Est, des adultes ont sollicité nos conseils.

Nos séances de prévention se sont alors doublées de séances d'orientation de populations immigrées ou sans papiers vers une assistante sociale de l'Association Médecins du Monde, rue de l'Armée Patton à Nancy. Les individus ne pouvant bénéficier de la Sécurité Sociale étaient pris en charge par des dentistes bénévoles de Médecins du Monde et par une étudiante en 5^{ème} année de Chirurgie Dentaire, Julie Bemer, également bénévole de Médecins du Monde. Les soins ont alors été réalisés à la Faculté de Chirurgie Dentaire qui a accepté de prêter un fauteuil à l'association chaque mercredi après-midi.

Les mercredis enfantins réunissant beaucoup d'enfants les mercredis après-midi aux Relais, et nos horaires nous donnant un peu plus de liberté à partir du printemps, nous avons tenté de déplacer nos séances de prévention du mardi matin au mercredi après-midi.

Mais à nouveau, un problème de place s'est fait ressentir. Les activités demandaient plusieurs pièces, car il y avait plusieurs ateliers organisés selon les désirs des enfants et leur âge : atelier de confection à partir de perles, atelier de jeux de société, atelier de dessin... Il était en outre assez difficile de circuler, les plus petits jouant au milieu de la grande pièce. Des cours d'alphabétisation se déroulaient dans la pièce contiguë au vestiaire qui était, quant à lui, de plus en plus rempli (Photographie 32). Il ne restait donc plus que la cuisine pour notre prévention. Mais l'inconvénient était que les parents confiaient en général les enfants aux bénévoles, et ne venaient les rechercher qu'à la fin de l'après-midi, le local ne pouvant contenir tout le monde à la fois. Il nous fallait donc repérer les parents arrivant à 14 heures ou revenant à 17 heures, ce qui limitait le nombre de personnes vues. D'autre part, la présence simultanée d'autant d'enfants n'était évidemment pas sans conséquence auditive, ce qui limitait également l'attention des parents, ainsi que celle des enfants, logiquement beaucoup plus intéressés par les ateliers que par la prévention bucco-dentaire !

De fin novembre 2001 à mi-juin 2002, environ 90 enfants ont bénéficié de nos conseils, ce qui correspond à une quarantaine de familles, et 24 adultes ont été orientés.

Dès le printemps 2002, le vestiaire ne put contenir tous les vêtements apportés, et des cartons ont commencé à envahir la salle de cours. Une réunion a été organisée par Mme Hickel le 26 avril 2002, réunissant le président, Mr Philippe Gelly, et l'ensemble des bénévoles afin « d'évoquer l'avenir, de faire le point sur nos activités et de parler de nos difficultés diverses. » (Bulletin d'Informations du Relais du Cœur 54, n°1).

Cette réunion a surtout évoqué le succès grandissant des Relais du Cœur, et les difficultés sous-jacentes, c'est-à-dire, le manque de bénévoles, et surtout l'exiguité des locaux. Elle a été pour nous l'occasion de redéfinir notre activité de prévention bucco-dentaire, son objectif, et surtout ses moyens, qui nécessitent la coopération indispensable de toute l'équipe de bénévoles afin de pouvoir obtenir un résultat.

3.2.2 Support de l'action.

Le support de cette action est le questionnaire (cf exemplaire en annexes), comprenant des questions ouvertes et fermées :

- Une première partie concerne les parents :

- ✓ leur âge,
- ✓ leur sexe,
- ✓ leur quartier,
- ✓ leurs problèmes dentaires, la date de leur dernière visite chez le dentiste, leur fréquence de consultation, la raison pour laquelle ils ne consultent pas régulièrement de dentiste,
- ✓ les problèmes dentaires dans leur famille.

Cette partie permet d'ores et déjà de voir le contexte familial dans lequel l'enfant est élevé ; par exemple, lorsque les parents ont peur du dentiste, ils sont moins enclins à consulter pour leurs enfants.

Des conseils étaient alors donnés aux parents afin d'améliorer leur propre santé dentaire, conseils de brossage ou de consultation dentaire en général.

- Une deuxième partie concerne les enfants :

- ✓ le nombre d'enfants,
- ✓ leur âge,
- ✓ la date de leur dernière visite chez le dentiste et l'âge de leur première visite.

Cette partie est divisée en deux questionnaires destinés à deux des enfants de la famille, choisis arbitrairement, généralement ceux qui étaient présents pour l'examen, ou les plus jeunes.

Les questions examinent :

- ✓ le brossage : la personne l'effectuant, sa fréquence, la date de son instauration et le matériel utilisé ;
- ✓ l'utilisation du biberon ;
- ✓ le grignotage ;
- ✓ la façon dont se déroulent les séances chez le dentiste, les antécédents de soins et d'extraction (mais sans préciser lesquels).

Nous notons également la présence de « taches » (leucomes ou caries), de plaque, et de gingivite chez les petits.

3.2.3 Population d'étude.

3.2.3.1 Les parents.

36 questionnaires ont été retenus.

Ceux-ci sont issus de l'année 2001-2002. En effet, ceux de la première année ne sont pas assez fiables étant donné qu'ils correspondent à une période de mise en place des séances de prévention.

1) Sexe :

Sur 36 personnes interrogées, on compte 5.6 % d'hommes et 94.4 % de femmes.

2) Age :

Les parents sont âgés de 16 à 53 ans.

Age (années)	Effectif (N)	Pourcentages (%)
16 à 29	13	36
30 à 39	15	42
≥ 40	8	22
Total	36	100

La plupart des parents sont jeunes puisque 78 % ont moins de 40 ans.

3) Code postal :

17 viennent de Nancy et 19 viennent de la banlieue plus ou moins proche.

4) Quartier :

Les Relais étant situés dans le quartier des 3 Maisons, nous avons isolé celui-ci dans les résultats.

Quartier	Effectif (N)	Pourcentages (%)
3 Maisons	5	13.8
Nancy Centre	6	16.6
Nancy hors centre	6	16.6
Haut-du-Lièvre	3	8.3
Vandœuvre	5	13.8
Autre banlieue immédiate	9	25
Banlieue plus lointaine	2	5.5
Total	36	100

La plupart des personnes (47.1 %) viennent de la banlieue immédiate, c'est-à-dire Malzéville, Maxéville, Laxou, Tomblaine, Jarville, St Max, et surtout Vandœuvre.

3.2.3.2 Les enfants.

1) Nombre d'enfants par famille :

Il varie de 1 à 7.

83.3 % des familles comptent 3 enfants ou moins.

2) Age des enfants examinés :

Les enfants sont âgés de 1 mois à 16 ans.

La moitié de l'effectif a 5 ans et moins.

3) Nombre d'enfants examinés :

Les questionnaires concernent 57 enfants ayant bénéficié des conseils apportés à leurs parents. Les non réponses correspondent aux enfants qui n'ont pu être examinés car ils étaient absents lors de l'entretien avec la maman, ou trop récalcitrants à l'examen.

3.3 Présentation des résultats des entretiens.

3.3.1 Etat dentaire des parents.

1) Caries :

63.8 % déclarent avoir des caries.

2) Gingivite :

La moitié affirme avoir une gingivite.

3) Prothèse :

Dents manquantes	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	26	72.2
Non	10	27.7
Total	36	100

72.2 % avouent avoir des dents manquantes.

Possession d'un appareil	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	9	34.6
Non	17	65.4
Total	26	100

La majorité des parents à qui il manque des dents ne les a pas remplacées par une prothèse. Mais aucune explication complémentaire ne nous a été apportée.

Port de l'appareil	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	5	62.5
Non	3	37.5
Total	8	100

Parmi ceux qui possèdent un appareil dentaire, plus de la moitié déclare le porter.

Sur les 8 personnes ayant un appareil, 3 en sont satisfaites, 3 ne le sont pas et deux ne répondent pas.

4) Consultations dentaires :

Date de la dernière visite	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
En soins	6	16.6
< 3 mois	9	25
De 3 mois à 1 an exclu	10	27.7
De 1 à 3 ans inclus	8	22.2
> 3ans	3	8.3
Total	36	100

69.4 % reconnaissent que leur dernière visite chez le dentiste date de moins d'un an.

Rythme de visite	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
En urgence	10	27.7
Régulièrement	12	33.3
De temps en temps	13	36.1
Jamais	1	2.7
Total	36	100

Seulement un tiers affirme y aller régulièrement.

Raisons	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Peur du dentiste	12	52.2
Coût	4	17.4
N'en a pas besoin	2	8.7
Trop de papiers et de déplacements	2	8.7
Les dents, ça ne compte pas	1	4.3
N'en a pas envie	1	4.3
N'ose pas	1	4.3
Manque de temps	5	21.7
Non réponse	13	56.5

NB : chaque personne avait droit à plusieurs réponses.

Parmi ceux qui n'y vont pas régulièrement, environ la moitié avoue avoir peur du dentiste, 21.7 % disent qu'ils n'ont pas le temps d'y aller et 17.4 % renoncent aux soins en raison du coût.

5) Antécédents familiaux :

Plus des deux tiers déclarent avoir des problèmes dentaires dans la famille.

Antécédents familiaux	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Mauvaises dents	9	37.5
Taches	5	20.8
Dents manquantes	19	79.2
Problèmes gingivaux	3	12.5

NB : chaque personne avait droit à plusieurs réponses.

La majorité définit ces problèmes comme étant la perte de dents.

3.3.2 Etat dentaire des enfants.

21 enfants n'ont pu être examinés, car ils étaient absents lors de l'entretien avec les parents (dans la majorité des cas), ou car l'examen s'est avéré impossible par manque de coopération de l'enfant.

1) Caries :

Présence de caries ou leucomes	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	13	36.1
Non	23	63.9
Total	36	100

Un tiers des enfants a des caries ou leucomes.

2) Plaque et gingivite :

Présence de plaque	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	17	47.2
Non	19	52.8
Total	36	100

Environ la moitié d'entre eux présente de la plaque.

Présence de gingivite	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	3	8.3
Non	33	91.7
Total	36	100

8.3% des enfants sont atteints de gingivite, mais la méthode d'examen restant succincte, celle-ci ne permet pas d'avoir des résultats suffisamment fiables pour pouvoir être interprétés.

3) Hygiène dentaire :

Réalisation du brossage	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	44	77.2
Non	12	21.1
Non réponse	1	1.7
Total	57	100

77.2 % des parents affirment que leurs enfants se brossent les dents.

Personne réalisant le brossage	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
L'enfant seul	33	71.7
Les parents	12	26.1
Les deux (enfant + parents)	1	2.2
Total	46	100

Dans 71.7 % des cas, l'enfant se brosse les dents seul.

Les deux enfants en plus, dont les parents n'avaient pas répondu oui à la question précédente, sont des enfants qui ne se brossent pas régulièrement les dents.

Personne réalisant le brossage pour les moins de 8 ans	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
L'enfant seul	18	60
Les parents	11	36.7
Les deux (enfant + parents)	1	3.3
Total	30	100

Environ les deux tiers des moins de 8 ans se brossent seuls les dents.

Brossage effectué le matin	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	26	55.3
Non	21	44.7
Total	47	100

Brossage effectué le midi	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	16	34
Non	31	66
Total	47	100

Brossage effectué le soir	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	40	85.1
Non	7	14.9
Total	47	100

En ce qui concerne la fréquence du brossage, celui-ci est plutôt effectué le soir, et plus rarement le midi.

Depuis quand	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
< 1 an	3	7.3
[1 ; 2[9	21.9
[2 ; 3[9	21.9
[3 ; 4[7	17.1
≥ 4ans	13	31.7
Total	41	100

7.3 % des parents disent avoir débuté le brossage chez leur enfant avant l'âge d'1 an.

43.8 l'ont initié entre 1 an (inclus) et 3 ans (exclus), contre 31.7 % à 4 ans et plus.

Dentifrice des parents	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	14	30.4
Non	32	69.6
Total	46	100

Dentifrice pour enfants	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	26	56.5
Non	20	43.5
Total	46	100

En ce qui concerne le matériel utilisé, les enfants utilisent généralement du dentifrice « pour enfants ». Plus des deux tiers des parents affirment que leur enfant n'utilise pas leur dentifrice.

Brosse à dents adaptée	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	29	63
Non	15	32.6
Non réponse	2	4.3
Total	46	100

La brosse à dents utilisée est adaptée dans les deux tiers des cas.

4) Habitudes :

Utilisation du biberon	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	18	31.6
Non	38	66.7
Non réponse	1	1.7
Total	57	100

Les deux tiers des parents déclarent que leur enfant n'utilise plus le biberon.

Utilisation du biberon chez les moins de 6 ans	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	18	56.2
Non	14	43.7
Total	32	100

Mais plus de la moitié des moins de 6 ans utilise encore le biberon.

Grignotage	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	31	54.4
Non	25	43.9
Non réponse	1	1.7
Total	57	100

Environ la moitié des parents avouent que leur enfant grignote dans la journée.

Grignotage chez les plus de 6 ans	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	15	71.4
Non	6	28.6
Total	21	100

Parmi les plus de 6 ans, presque les trois quarts grignotent dans la journée.

5) Consultations dentaires :

Date de la dernière visite	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
≤ 3 mois	17	29.8
De 3 mois à 1 an exclu	8	14
≥ 1 an	8	14
Jamais	22	38.6
Non réponse	2	3.5
Total	57	100

Plus du tiers des enfants ne sont jamais allés chez le dentiste.

La majorité des enfants (20 %) a eu une première consultation à l'âge de 4 ans et 14.3 % à 6 ans. Un enfant l'a eue à 7 ans, un autre à 9 ans et un dernier à 10 ans $\frac{1}{2}$. Seulement 2 enfants l'ont eue à 9 et 15 mois.

Les parents ne nous ont pas informés de l'objet de celle-ci.

Déroulement satisfaisant des consultations chez le dentiste	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	31	88.6
Non	3	8.6
Non réponse	1	2.8
Total	35	100

Sur les 35 enfants ayant déjà été chez le dentiste, 88.57 % des parents affirment que les consultations dentaires se passent bien.

Antécédents de soins	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	17	48.6
Non	16	45.7
Non réponse	2	5.7
Total	35	100

Environ la moitié des enfants a eu des antécédents de soins.

Antécédents d'extractions	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
Oui	12	34.3
Non	21	60
Non réponse	2	5.7
Total	35	100

Plus du tiers d'entre eux a eu des antécédents d'extractions.

3.3.3 Croisement entre les variables.

3.3.3.1 Chez les parents.

1) Croisement caries- date de la dernière visite chez le dentiste :

Date de la dernière visite	Présence de caries	Absence de caries
Dernière visite < 1 an N = 25	60 %	40 %
Dernière visite > 1 an N = 11	72,7 %	27,3 %

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi les parents qui disent avoir été chez le dentiste depuis moins d'un an, 60 % avouent aussi avoir encore des caries en bouche à traiter.

Lorsqu'ils n'ont pas consulté depuis au moins un an, ils sont 72,7 % à avoir encore des caries.

2) Croisement caries- rythme de consultation :

Rythme de consultation	Présence de caries N = 23	Absence de caries N = 13
Rythme irrégulier	69,6 %	61,5 %
Rythme régulier	30,4 %	38,5 %

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi les parents qui reconnaissent avoir des caries en bouche, 69,6 % avouent avoir un rythme irrégulier de consultation dentaire.

Lorsqu'ils déclarent ne pas avoir de caries dentaires, ils admettent avoir un rythme irrégulier de consultation dentaire pour 61,5 % d'entre eux.

3) Croisement caries- problèmes dentaires dans la famille :

Présence de problèmes dentaires dans la famille	Présence de caries N = 23	Absence de caries N = 13
Oui	69,6 %	61,5 %
Non	30,4 %	38,5 %

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi ceux qui rapportent avoir des caries en bouche, 69,6 % disent que des problèmes dentaires existent dans leur famille.

Lorsqu'ils confient ne pas avoir de caries dentaires, ils sont 61,5 % à trouver que leur famille présente des problèmes dentaires.

4) Croisement caries- âge :

Age des parents (années)	Présence de caries	Absence de caries
≤ 32 N = 17	64,7 %	35,3 %
≥ 33 N = 19	63,2 %	36,8 %

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi les parents âgés de 32 ans et moins, 64,7 % déclarent avoir des caries. Pour les 33 ans et plus, 63,2 % reconnaissent avoir des caries dentaires.

3.3.3.2 Chez les enfants.

1) Croisement « taches » - âge des enfants :

Age des enfants (mois)	Présence de « taches » N = 13	Absence de « taches » N = 23
≤ 60	30,8 %	60,9 %
≥ 61	69,2 %	39,1 %

Ce résultat n'est pas significatif, mais il montre toutefois une tendance qui pourrait être significative si l'effectif de la population était plus important.

Parmi les enfants présentant des « taches » (leucomes ou caries) à l'examen, 69,2 % sont âgés de plus de 5 ans.

Les enfants ne présentant pas de « taches » sont âgés de 5 ans et moins pour 60,9% d'entre eux.

2) Croisement « taches » - antécédents de consultations dentaires :

Antécédents de consultation dentaire	Présence de « taches » N = 13	Absence de « taches » N = 23
Non	21.4	78.6
Oui	45.5	54.5

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi les enfants qui n'ont jamais été chez le dentiste, trois quarts d'entre eux n'ont pas de « taches », et un quart a des « taches ».

Inversement, parmi ceux qui sont déjà allés chez le dentiste, la moitié environ a des « taches », et l'autre n'en a pas.

3) Croisement « taches »- brossage des dents :

Brossage des dents	Présence de « taches »	Absence de « taches »
Oui N = 34	32,3 %	67,7 %
Non N = 2	100 %	0 %

Ce résultat est significatif (p*), quoique peu fiable étant donné le faible effectif des enfants ne se brossant pas les dents.

Parmi les enfants qui se brossent les dents, 67,7 % n'ont pas de « taches ».

Lorsqu'ils ne se brossent pas les dents, ils présentent tous des leucomes ou des caries.

4) Croisement « taches » - plaque dentaire :

Présence de plaque dentaire	Présence de « taches » N = 13	Absence de « taches » N = 23
Oui	76,9 %	30,4 %
Non	23,1 %	69,6 %

Ce résultat est significatif (p**).

Parmi les enfants atteints de caries ou leucomes, 76,9 % présentent de la plaque dentaire.

Lorsque les enfants ne présentent pas de « taches », 69,6 % d'entre eux n'ont pas non plus de plaque dentaire.

5) Croisement « taches » - grignotage :

Grignotage	Présence de « taches » N = 13	Absence de « taches » N = 23
Oui	76.9 %	56.5 %
Non	23.1 %	43.5 %

Ce résultat n'est pas significatif.

Parmi les enfants présentant des « taches », 76.9 % d'entre eux grignotent dans la journée.

Mais même parmi ceux qui sont exempts de « taches », 56.5 % d'enfants grignotent également.

3.4 Discussion.

Ainsi, les parents ayant consulté un dentiste dans l'année précédent le questionnaire déclarent avoir encore des caries à soigner, et seulement le tiers consulte régulièrement, ce qui confirme les observations faites dans les études, montrant que les populations dans la précarité ne consultent qu'en cas d'urgence. Ces personnes n'avouent pas que les dents, ce n'est pas important pour elles. Or la plupart ont des caries et des dents à remplacer par une prothèse.

Les familles interrogées ont plutôt un rythme irrégulier de consultation dentaire. D'autre part, ces adultes reconnaissent avoir des problèmes dentaires dans leur famille : il s'agit donc bien de populations à risque.

L'âge n'intervient pas, comme les études l'ont montré.

En ce qui concerne les enfants, ceux qui étaient atteints de caries étaient âgés de plus de cinq ans le plus souvent.

Nous observons également l'association entre les caries et le manque d'hygiène dentaire (brossage). D'ailleurs, le brossage est introduit tardivement et les deux tiers des moins de 8 ans se brossent seuls les dents.

Nous avons retrouvé l'association plaque dentaire et caries, d'où l'importance de dépister cette plaque dès un an chez les petits.

Beaucoup d'enfants n'ont jamais consulté de chirurgien-dentiste et d'autres ne l'ont fait que tardivement. Les soins sont là aussi irréguliers.

Le grignotage est quelque chose de constant chez ces populations qui sont de plus en plus à risque d'obésité.

Le biberon reste très présent chez les moins de 6 ans.

Ainsi, cet échantillon témoigne des besoins en soins et en prévention dentaire, ce qui corrobore les observations faites dans la littérature.

Mais l'enquête présentée ne peut être considérée comme une étude épidémiologique ; elle n'est que le reflet de la rencontre de personnes acceptant de parler de leurs problèmes dentaires dans un but éducatif de prévention dentaire.

Le but des questionnaires était d'initier et de faciliter la communication avec ces personnes très souvent repliées sur elles-mêmes et de cibler rapidement les conseils les plus importants à apporter.

D'autre part, l'opération ayant été prévue au départ pour les tout-petits, cette enquête se penche davantage sur la présence de plaque et de leucomes plutôt que sur la mesure du CAO.

Il n'était pas possible de réaliser une étude statistique alors que l'action de prévention bucco-dentaire se mettaient seulement en place dans les Relais, qui voyaient alors eux-mêmes le jour.

Cette enquête n'est donc pas représentative, mais pourrait éventuellement servir de trame pour de futures enquêtes beaucoup plus poussées, c'est-à-dire pour des études épidémiologiques représentatives en tant que telles. Les données présentées ici ne sont que des pistes statistiques pour le futur.

De plus, étant donné les faibles effectifs de cette enquête, il n'y a pas de généralisation possible à partir des résultats. D'ailleurs, les questionnaires analysés sont ceux de l'année 2001-2002, car la première année a principalement permis de mettre en place les Relais et leur prévention bucco-dentaire.

Ceux-ci sont présentés à titre indicatif, car ils « reflètent » les personnes rencontrées lors de l'action de prévention ainsi que leurs comportements, comportements qu'il s'agissait justement de tenter de « changer ».

Par exemple, ils reflètent que ces populations n'utilisent pas toujours le matériel adapté pour le brossage des enfants (brosses-à-dents). L'intérêt de notre présence était ainsi de leur montrer ce qui est adapté à leurs enfants et de leur fournir le matériel en fonction de l'âge.

D'autre part, les résultats sont à prendre avec précaution, car il s'agit de déclaratif.

Nous avons pu constater l'écart entre les propos déclarés par certains parents et les faits réels que nous avons observés en apprenant à mieux connaître ces familles au fil des mois.

Nous avons également expliqué précédemment les problèmes de concentration des parents répondant au questionnaire, liés à l'exiguité des locaux.

Cette enquête est donc plutôt une étude de cas ayant pour points communs la précarité et l'acceptation de la discussion sur le sujet de la prévention dentaire qui s'est avérée être parfois de l'interception. En effet, certains enfants présentaient des états bucco-dentaires préoccupants, et l'urgence résidait alors dans la réalisation des soins. C'est ce qui s'est produit notamment pour une petite fille de 2 ans $\frac{1}{2}$ atteinte du syndrome du biberon, pour laquelle il nous a fallu 6 mois pour convaincre les parents de l'importance d'une prise en charge. Celle-ci a consisté en une anesthésie générale à l'Hôpital de Brabois Enfants à Nancy, en juin 2002, au terme de laquelle les praticiens ont dû procéder à l'extraction des quatre incisives temporaires maxillaires et à des soins sur les autres dents.

Malheureusement, la dernière consultation de l'enfant, en avril 2003, a révélé une récidive de caries malgré les conseils donnés et répétés de nombreuses fois aux parents. D'ailleurs cette consultation a été réalisée sur notre demande insistante, après avoir pris contact avec les parents. Ceux-ci n'avaient alors pas consulté depuis l'été 2002. Les soins n'ont pu être effectués étant donné que les parents n'ont pas honoré leurs rendez-vous.

Cependant, nous espérons que la répétition des conseils appropriés, surtout si elle provient de différents professionnels dentaires, pourra avoir une issue favorable à plus ou moins long terme pour les autres familles rencontrées. D'ailleurs, à la suite de nos conseils, certaines familles ont pris contact avec la Faculté de Chirurgie Dentaire où les soins se sont déroulés très favorablement.

Cette action visait principalement à éviter l'apparition des caries liées au fait que les parents ne SAVAIENT pas ce qu'il fallait faire. Nos conseils pouvaient inciter les jeunes parents motivés à prendre de bonnes habitudes.

Puis elle visait à tenter de convaincre les parents d'adopter les comportements appropriés pour éviter l'apparition des caries liées au fait que les parents savaient, mais ne FAISAIENT pas ce qu'il fallait faire. Ce deuxième objectif, plus délicat à obtenir, nécessite du temps et l'association de tous, en particulier celle de l'équipe entière de bénévoles.

Les parents ont au moins été mis au courant des risques pour leur enfant de ne pas appliquer les conseils donnés.

Ce qu'il est important de souligner sur cette enquête, c'est que l'acceptation du dialogue sur la prévention bucco-dentaire est d'ores et déjà une éducation.

QUATRIEME PARTIE :

**PROLONGEMENT
DE L'ACTION**

Depuis le mois de décembre 2002, les Relais du Cœur poursuivent ardemment leurs activités et services.

Nous avons passé le « relais » à un étudiant en 4^{ème} année de Chirurgie Dentaire à Nancy, Hervé Peignier. Celui-ci se rend bénévolement aux Relais chaque mardi matin afin de poursuivre les séances d'éducation et de dépistage des familles.

Il dispose actuellement d'une pièce qui lui est réservée lors de sa venue et où il peut stocker son matériel, ce qui lui permet de travailler dans de bonnes conditions, c'est-à-dire dans le calme et la confidentialité. Les consultations de la CAF, ainsi que des cours d'alphabétisation sont donnés simultanément, et chacun bénéficie d'une pièce au premier étage (Photographie 33).

L'action réalisée de décembre 2000 à décembre 2002 nous a permis de dégager certains points importants pour la poursuite et l'amélioration de la prévention bucco-dentaire aux Relais du Cœur :

- Les objectifs de la prévention dentaire doivent rester modestes : il ne s'agit pas de vouloir tout révolutionner, mais seulement d'aller en amont dans la prévention, c'est-à-dire d'écouter, de conseiller, d'inciter et d'orienter les enfants et leurs parents vers les structures adaptées.
- Les séances de prévention doivent être limitées dans le temps et renouvelées : les problèmes principaux doivent être rapidement cernés et discutés. Pour cela, le questionnaire reste d'actualité.
Il faut que les parents se sentent encadrés et aidés par des conseils qu'ils soient capables d'appliquer. Trop d'informations en une séance n'ont pas de répercussion positive : les parents ne retiennent pas les conseils et se sentent désemparés devant la quantité de comportements à adopter ou modifier. De plus, les dents ne sont pas une priorité pour eux, et en parler pendant 30 mn peut leur faire penser que nous sommes très éloignés de leurs problèmes, incapables de les comprendre, et donc pas à même de pouvoir les aider ou les conseiller.
Aussi est-il plus judicieux d'apprendre à les connaître et de réaliser de courtes séances qui seront renouvelées ultérieurement, ce qui nécessite de la disponibilité et de la régularité.

- Il s'agit aussi principalement de répéter les conseils pour espérer les voir appliqués. Le renforcement du message est indispensable. La structure des Relais permet justement une réévaluation des cas au fil du temps et des rencontres répétées avec les gens, aussi est-il important d'en profiter pour faire des rappels, poser des questions sur la mise en place de nouveaux comportements et encourager les parents.
- L'emploi d'un système d'objectifs à atteindre pourrait être utile, car simple, stimulant et encourageant, à condition d'avoir un suivi des familles : un seul objectif à la fois, par exemple aller consulter dans la structure adaptée, puis arrêter le biberon, puis brosser les dents le soir... et la prévention serait ensuite affinée au fur et à mesure des progrès.
- Ces objectifs doivent comporter des alternatives pour être réalisables par les familles : la dilution du contenu du biberon pendant 8 à 15 jours avant son remplacement par de l'eau puis son arrêt complet en est une, et il faut le montrer aux parents, tout en valorisant le succès de cette alternative.
- Il est important que les parents se sentent en confiance. Ils ne consultent pas et avouent volontiers ne pas aimer les dentistes. Aussi faut-il instaurer un climat de confiance et se présenter en tant que bénévole à leur écoute et à leur disposition pour leur fournir des conseils dentaires ; ils se sentiront alors plus à l'aise pour se confier. Le fait de discuter avec eux sans blouse blanche constitue un premier pas vers les confidences. Ils doivent nous intégrer dans l'équipe des bénévoles (Photographies 34 et 35).
- L'information doit en priorité passer à tous les bénévoles, pour une meilleure crédibilité interne et externe. Pour cela, le passage par des relais permettant de les former serait utile. Ils doivent en effet connaître nos objectifs et nos conseils pour pouvoir nous aider à les faire respecter, en particulier en ce qui concerne les prises alimentaires trop fréquentes. Les bénévoles peuvent travailler en complémentarité avec nous en répétant les conseils apportés de façon fortuite. Par exemple : « Qu'est-ce que je sers à votre fille ? Il est 16 H, c'est l'heure du goûter ; elle peut donc avoir un jus de fruits ; ça reste dans les 5 repas maximum qui lui sont conseillés »...

De plus, ils peuvent nous renseigner sur les bénéficiaires qu'ils connaissent mieux que nous, et renforcer nos messages. Certains parents restent toujours plus à l'aise avec les autres bénévoles qu'ils voient plus souvent sur le terrain et qu'ils n'étiquettent pas d'une « blouse blanche ».

- Il faut également tenter de convaincre ces populations défavorisées de l'importance des dents et des soins dentaires, malgré toutes leurs préoccupations actuelles :

montrer que les dents non soignées provoquent douleurs et perturbations de croissance, donc mauvaises nuits pour les enfants comme pour leurs parents, donc fatigue et manque d'efficacité ou de volonté pour travailler ou chercher du travail. Le délabrement des dents nécessite aussi des soins beaucoup plus longs et coûteux avec le temps, alors que ces personnes sont déjà démunies. Enfin, un beau sourire est un atout non négligeable pour la recherche d'un emploi. Ces arguments touchent les parents à travers leurs enfants ; d'ailleurs, ceux-ci nous parlent rapidement d'eux-mêmes au fur et à mesure de la conversation.

- Les enfants doivent être orientés vers les structures susceptibles de les prendre en charge.

En effet, nous avons cité précédemment le cas d'une petite bénéficiaire de 2 ans $\frac{1}{2}$ atteinte du syndrome du biberon. Nous avions conseillé au papa de l'emmener chez un dentiste avec ses deux grandes sœurs qui nécessitaient également des soins. Celui-ci a téléphoné à un cabinet qui a accepté de prendre en charge les deux grandes, mais qui lui a dit ne pas prendre d'enfants avant 3 ans. Nous avons alors mis 6 mois pour que la consultation de la petite soit effectuée. Aussi faut-il orienter directement les parents vers les structures adaptées, qui dirigeront ensuite les parents ailleurs si nécessaire, mais après avoir vu les enfants et avoir donné des informations aux parents ! Il s'agit également d'informer ou de former les praticiens pour qu'ils éduquent les patients et qu'ils les adressent lorsqu'ils se sentent dépassés ou surchargés

- Le suivi est ensuite indispensable afin d'éviter les récidives, comme cela a été le cas pour la petite fille atteinte du syndrome du biberon, malgré les conseils donnés avant l'intervention sous anesthésie générale, et redonnés lors de la consultation post-opératoire.

- Il est également très favorable d'être en contact avec le dentiste ou la structure prenant en charge les familles, car l'échange d'informations ne peut être que bénéfique pour faire avancer les choses et s'assurer d'avoir le même discours.
Par exemple, nous avons été en contact avec un étudiant et un enseignant de la Faculté de Chirurgie Dentaire, et avons ainsi été renseignés sur le déroulement des séances et la motivation des familles, motivation que nous avons alors renforcée de notre côté.
- Les séances de prévention doivent se dérouler dans un lieu calme et clos.
Les nouveaux locaux des Relais permettent aujourd'hui de travailler dans de meilleures conditions puisque la consultation bucco-dentaire bénéficie d'une pièce réservée, à l'abri du bruit (Photographie 35).
- Nous avons pu constater que le système de rendez-vous ne fonctionne pas.
Mieux vaut profiter de la présence des activités qui attirent plus ces populations, comme le vestiaire, la consultation de la CAF... Ces familles sont en effet dépourvues de repères ou de rythme quelconque. Il nous faut donc aller les chercher aux heures où nous sommes susceptibles de les trouver. Les professeurs rencontrent d'ailleurs le même obstacle, avec de nombreuses absences qui empêchent les groupes de travail d'avancer au même rythme.
- Une demi-journée supplémentaire de prévention bucco-dentaire serait utile pour pouvoir toucher plus de bénéficiaires. En effet, certains viennent spécifiquement certains jours qui ne correspondent pas forcément à ceux où nous pouvons nous libérer. De plus, les enfants scolarisés sont en général uniquement libres les mercredis. Il serait envisageable que cette autre demi-journée soit réalisée par un autre dentiste ou étudiant bénévole, étant donné que l'emploi du temps des étudiants sont souvent chargés au moment des examens, et difficilement modifiables. Les deux étudiants pourraient se remplacer en cas d'empêchement, mais devraient être connus tous deux afin de ne pas perturber la communication.
- Etant donné la surface des nouveaux locaux des Relais du Cœur, d'autres activités pourraient être envisagées :

✓ Des séances de démonstration de brossage pour les enfants, comme cela est fait actuellement dans les écoles, avec visualisation d'une cassette vidéo, révélation de plaque et fourniture de matériel adapté.

Les Relais disposent en effet d'une salle de bains à deux lavabos au premier étage, et d'un lavabo au deuxième.

✓ Des séances d'information des parents pendant la prise en charge de leurs enfants par des bénévoles, à l'aide de la cassette sur le syndrome du biberon utilisée rue Chanzy par exemple.

- Une étude épidémiologique à long terme pourrait être réalisée, en modifiant le questionnaire et en envisageant des examens plus poussés des enfants et de leurs parents, à l'aide du fauteuil qui n'avait pu être utilisé rue Chanzy.
- Enfin et surtout, l'évolution de l'action vers la mise en place d'une consultation dentaire aux Relais du Cœur serait souhaitable étant donné les besoins en soins observés, comme cela est réalisé chez Médecins du Monde.

Conclusion

En résumé, les facteurs de risque carieux dans les familles en situation précaire sont nombreux et s'additionnent en général. Leur connaissance permet la mise en place de programmes de prévention qui sont adaptés à ces familles et qui touchent un maximum de populations. Les problèmes financiers sont généralement évoqués pour expliquer les disparités dans l'utilisation des services dentaires, mais comme le dit Paul Karsenty en 2002 dans la Lettre, « la question financière n'est pas le seul frein à l'accès aux soins ; c'est pourquoi les associations ont aujourd'hui un grand rôle à jouer dans la matière » (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2002).

L'action de prévention bucco-dentaire réalisée pendant ces deux ans au sein des Relais du Cœur a mis en évidence les besoins importants des populations défavorisées en matière dentaire. Elle a permis d'établir un lien avec ces familles et d'étudier la possibilité de mise en place d'une consultation dentaire dans une telle structure.

Nous avons dû composer avec des situations d'exercice non classiques, mais sommes heureux d'avoir initié ce projet de prévention en milieu défavorisé et d'avoir passé le relais dans de bonnes conditions afin de faire progresser cette action.

Nous attendons avec impatience les avancées souhaitées de la prévention et du dépistage bucco-dentaires dans les années à venir aux Relais du Cœur de Nancy, et espérons que cette action puisse faire écho dans d'autres Relais ou associations pour les populations dans la précarité.

BIBLIOGRAPHIE

AALTONEN A.S.

The frequency of mother-infant salivary close contacts and maternal caries activity affect caries occurrence in 4-year-old children.
Proc. Finn. Dent. Soc., 1991, 87 (3) : 373-382

ACS G., SHULMAN R., NG M.W., CHUSSID S.

The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries.
Pediatr. Dent., 1999, 21 (2) : 109-113

ALALUUSUA S., MALMIVIRTA R.

Early plaque accumulation-a sign for caries risk in young children.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1994, 22 : 273-276

AL GHANIM N.A., ADENUBI J.O., WYNE A.A., KHAN N.B.

Caries prediction model in pre-school children in Riyadh, Saudi Arabia.
Int. J. Paediatr. Dent., 1998, 8 : 115-122

AL-HOSANI E., RUGG-GUNN A.

Combination of low parental education attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi.
Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 : 31-36

AL-KHATEEB T.L., DARWISH S.K., BASTAWI A.E., O'MULLANE D.M.

Dental caries in children residing in communities in Saudi Arabia with differing levels of natural fluoride in the drinking water.
Community Dent. Health, 1990, 7 : 165-171

ALMEIDA A.G., ROSEMAN M.M., SHEFF M., HUNTINGTON N., HUGHES C.V.

Future caries susceptibility in children with Early Childhood Caries following treatment under general anesthesia.
Pediatr. Dent., 2000, 22 (4) : 302-306

ALVAREZ J.O. , CACEDA J., WOOLLEY T.W., CARLEY K.W., BAIOCCHI N., CARAVEDO L., NAVIA J.M.

A Longitudinal Study of Dental Caries in the Primary Teeth of Children who Suffered from Infant Malnutrition.
J. Dent. Res., 1993, 72 (12) : 1573-1576

AXELSSON P.

An introduction to risk prediction and preventive dentistry.
Berlin : Quintessence, 1999, 159p

AYHAN H., SUSKAN E., YILDIRIM S.

The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference.

J. Clin. Ped. Dent., 1996, 20 (3) : 209-212

BARNES G.P., PARKER W.A., LYON T.C., DRUM M.A., COLEMAN G.C.

Ethnicity, Location, Age, and Fluoridation Factors in Baby Bottle Tooth Decay and Caries Prevalence of Head Start Children.

Publ. Health Rep., 1992, 107(2) : 167-173

BEAL J.F.

Inequalities in health- "It's the poor wot gets the blame".

Community Dent. Health, 1998, 15 : 229-230

BERKOWITZ R.

Etiology of Nursing Caries : a Microbiologic Perspective.

J. Pub. Health Dent., 1996, 56 (1) : 51-54

BEYNET A., MENAHEM G.

Problèmes dentaires et précarité.

CREDES-Bulletin d'information en économie de la santé, 2002, 48: 1-6

BLACK M.M., TETI L.O.

Promoting Mealtime Communication Between Adolescent Mothers and Their Infants Through Videotape.

Pediatrics, 1997, 99 (3) : 432-437

BRAMBILLA E., FELLONI A., GAGLIANI M., MALERBA A., GARCIA-GODOY F., STROHMEYER L.

Caries prevention during pregnancy : results of a 30-month study.

JADA, 1998, 129 : 871-877

BRODERICK E., MABRY J., ROBERTSON D., THOMPSON J.

Baby Bottle Tooth Decay in Native American Children in Head Start Centers.

Publ. Health Rep., 1989, 104 (1) : 50-54

BROWN C.P.M., LENNON M.A., CROSLAND W.E.

A dental care programme for occasional dental attenders.

Community Dent. Health, 1990, 7 : 407-412

CARMICHAEL C.L., RUGG-GUNN A.J., FERRELL R.S.

The relationship between fluoridation, social class and caries experience in 5-yearold children in Newcastle and Northumberland in 1987.

Br. Dent. J., 1989, 167 : 57-61

CASARETTO CASTANO H., DRICAS D., SHOJ G., CESETTI M., MAYOCCHI K., FERNANDEZ BLANCHO A.

Mother-infant transmission of microbial flora. Preventive protocols to risks groups.

Abstract FP14-5

IAPD-SFOP Paris 2001 Rapport du 18ème Congrès de l'International Association of Paediatric Dentistry et des 32èmes Journées Internationales de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique p99

CAUFIELD P.W., CUTTER G.R., DASANAYAKE A.P.

Initial acquisition of mutans streptococci by infants : evidence for a discrete window of infectivity.

J. Dent. Res., 1993, 72 : 37-45

CHESTNUTT I.G., ASHRAF F.J.

Television advertising of foodstuffs potentially detrimental to oral health-a content analysis and comparison of children's and primetime broadcasts.

Community Dent. Health, 2002, 19 : 86-89

CUNHA R.F., DELBEM A.C.B., PERCINOTO C., SAITO T.E.

Dentistry for babies : A preventive protocol.

J. Dent. Child, 2000, March-April : 89-92

DASANAYAKE A.P., LI Y., WADHAWAN S., KIRK K., BRONSTEIN J., CHILDERS N.K.

Disparities in dental service utilization among Alabama Medicaid children.

Community Dent. Oral Epidemiol., 2002, 30 : 369-376

DAVIES G.N.

Early childhood caries-a synopsis.

Community Dent. Oral Epidemiol., 1998, 26 (1) : 106-116

DEL VALLE L.L., VELASQUEZ-QUINTANA Y., WEINSTEIN P., DOMOTO P., LEROUX B.

Early childhood caries and risk factors in rural Puerto Rican children.

J. Dent. Child, 1998, March-April : 132-135

DEMERS M., BRODEUR J.-M., MOUTON C., SIMARD P.L., TRAHAN L., VEILLEUX G.

A multivariate model to predict caries increment in Montreal children aged 5 years.

Community Dent. Health, 1992, 9 : 273-281

DEMERS M., BRODEUR J.-M., SIMARD P.L., MOUTON C., VEILLEUX G., FRECHETTE S.

Caries predictors suitable for mass-screenings in children : a litterature review.

Community Dent. Health., 1990, 7 : 11-21

DILLEY G.J., DILLEY D.H., MACHEN J.B.

Prolonged nursing habit : a profile of patients and their families.

J. Dent. Child, 1980, 47 : 102-108

DINI E.L., HOLT R.D., BEDI R.

Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-years-old Brazilian children.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 2000, 28 : 241-248

DOMOTO P., WEINSTEIN P., LEROUX B., KODAY M., OGURA S., IATRIDI-ROBERSON I.

White spot caries in Mexican-American toddlers and parental preference for various strategies. J. Dent. Child, 1994, 61(5-6) : 342-346

DROZ D.

Prévention et santé dentaire chez le jeune enfant.

Nouveaux environnements : éruption de nouveaux enfants?

Acte du 10^e Congrès National de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, Palais des Congrès de Nancy, 7,8 et 9 juin 2002

Cah. AFPA, 2002, n°6,

DU M., BIAN Z., GUO L.

Caries patterns and their relationship to infant feeding and socio-economic status in 2-4-year-old Chinese children.

Int. Dent. J., 2000, 50 : 385-389

DYKES J., WATT R.G., NAZROO J.

Socio-economic and ethnic influences on infant feeding practices related to oral health.

Community Dent. Health., 2002, 19 : 137-143

ECKERSLEY A.J., BLINKHORN F.A.

Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England.

Int. J. Paediatr. Dent., 2001, 11 (2) : 103-109

EDELSTEIN B.L.

Policy issues in early childhood caries.

Community Dent. Oral Epidemiol., 1998, 26 (1) : 96-103

EDELSTEIN B.L.

The age one dental visit : information on the web.

Pediatr. Dent., 2000, 22 (2) : 163-171

EDELSTEIN B.L.

Dental care considerations for young children.

Spec. Care Dentist, 2002, 22 (3) : 11S-25S

EDELSTEIN B.L.

Disparities in oral health and access to care : findings of national surveys.

Ambul. Pediatr., 2002 Mar-Apr, 2 (2) : 141-147

EKMAN A.

Dental caries and related factors : A longitudinal study of Finnish immigrant children in the north of Sweden.

Swed. Dent. J., 1990, 14 (2) : 93-99

ERONAT N., EDEN E.

A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children.

J. Clin. Pediatr. Dent., 1992, 16 (4) : 275-279

FEBRES C., ECHEVERRI E.A., KEENE H.J.

Parental awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay.

Pediatr. Dent., 1997, 19 : 22-27

FREEMAN L., MARTIN S., RUTENBERG G., SHIREJIAN P., SKARIE M.

Relationships between def , demographic and behavioral variables among multiracial preschool children.

J. Dent. Child., 1989, 56 : 205-210

GARCIA-GODOY F., MOBLEY C.C., JONES D.L.

Prevalence of dental caries in San Antonio preschool children.

J. Dent. Res., 1994, 73 (Abstracts) : 144

GIBSON S., WILLIAMS S.

Dental Caries in Pre-School Children : Associations with Social Class, Toothbrushing Habit and Consumption of Sugars and Sugar-Containing Foods.

Caries Res., 1999, 33 : 101-113

GOEPFERD S.J.

An infant oral health program : the first 18 months.

Pediatr. Dent., 1987, 9 (1) : 8-12

GOMEZ S.S., WEBER A.A., EMILSON C.G.

A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age.

J. Dent. Child, May-June : 191-195

GRINDEFJORD M., DAHLLÖF G., EKSTRÖM G., HÖJER B., MODEER T.

Caries Prevalence in 2,5-Year-Old Children.

Caries Res., 1993, 27 : 505-510

GRINDEFJORD M., DAHLLÖF G., HÖJER B., MODEER T.

Prevalence of mutans streptococci in one-year-old children.

Oral Microbiol. Immunol., 1991, 6 (5) : 280-283

GRINDEFJORD M., DAHLLÖF G., MODEER T.

Caries Development in Children from 2.5 to 3.5 Years of Age : A Longitudinal Study.

Caries Res., 1995 a, 29 : 449-454

GRINDEFJORD M., DAHLLÖF G., NILSSON B., MODEER T.
Prediction of Dental Caries Development in 1-Year-Old Children.
Caries Res., 1995 b, 29 : 343-348

GRIPP V.C., SCHLAGENHAUF U.
Prevention of Early Mutans Streptococci Transmission in Infants by Professional Tooth Cleaning and Chlorhexidine Varnish Treatment of the Mother.
Caries Res., 2002, 36 : 366-372

GRYTEN J., ROSSOW I., HOLST D., STEELE L.
Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1988, 16 : 356-359

GUEGUEN R., AUBRY C.
Tableau de bord de la Santé des Enfants et des Jeunes en Lorraine, de 1994 à 1998.
Vandoeuvre : Centre de Médecine Préventive, 2000.- 47p.

GÜNEY H., DMOCH-BOCKHORN K., GÜNEY Y., GEURTSEN W.
Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy.
Clin. Oral Invest., 1998, 2 : 137-142

HARRISON R., WONG T., EWAN C., CONTRERAS B., PHUNG Y.
Feeding practices and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children.
J. Dent. Child., 1997, March-April, : 112-117

HOLBROOK W.P., de SOET J.J., de GRAAFF J.
Prediction of Dental Caries in Pre-School Children.
Caries Res., 1993, 27 : 424-430

HOLM A.K.
Diet and caries in high risk groups in developed and developing countries.
Caries Res., 1990, 24 (1) : 44-52

HOOD C.A., HUNTER M.L., HUNTER B., KINGDON A.
Demographic characteristics, oral health knowledge and practices of mothers of children aged 5 years and under referred for extraction of teeth under general anaesthesia.
Int. J. Pediatr. Dent., 1998, 8 : 131-136

Impact of targeted, school-based dental sealant programs in reducing racial and economic disparities in sealant prevalence among schoolchildren-Ohio, 1998-1999.
MMWR Morb. Mort. Wkly. Rep., 2001, 50 (34) : 736-738

Les Infos du Cœur
Bull. Inf. Relais du Cœur 54, n°1

ISMAIL A.I.

Prevention of early childhood caries.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 (1) : 49-61

ISOKANGAS P., ALANEN P., TIEKSO J.

The clinician's ability to identify caries risk subjects without saliva tests-a pilot study.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1993, 21 : 8-10

ISOKANGAS P., SÖDERLING E., PIENIHÄKKINEN K., ALANEN P.

Occurrence of Dental Decay in Children after Maternal Consumption of Xylitol Chewing gum, a Follow-up from 0 to 5 Years of Age.

J. Dent. Res., 2000, 79 (11) : 1885-1889

JAHNS L., SIEGA-RIZ A.M., POPKIN B.M.

The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996.

J. Pediatr., 2001, 138 : 493-498

JOHNSEN D.C.

Characteristics and backgrounds of children with "nursing caries".

Pediatr. Dent., 1982, 4 (3) : 218-224

JOHNSEN D.C., GERSTENMAIER J.H., DISANTIS T.A., BERKOWITZ R.J.

Susceptibility of nursing-caries children to future approximal molar decay.

Pediatr. Dent., 1986, 8 (2) : 168-170

JONES S.G., NUNN J.H.

The dental health of 3-year-old children in East Cumbria 1993.

Community Dent. Health, 1995, 12 : 161-166

Von KAENEL D., VITANGELI D., CASAMASSIMO P.S., WILSON S., PREISCH J.

Social factors associated with pediatric emergency department visits for caries-related dental pain.

Pediatr. Dent., 2001, 23 (1) : 56-60

KAWACHI I., KENNEDY B.P.

Health and social cohesion : why care about income inequality?

Br. Med. J., 1997, 314 : 1037-1040

KAY E.J., LOCKER D.

Is dental health education effective? A systematic review of current evidence.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1996, 24 : 231-235

KENDRICK F., WILSON S., COURY D.L., PREISCH J. W.

Comparison of temperaments of children with and without baby bottle tooth decay.

J. Dent. Child, 1998, May-June : 198-203

KOHLER B., BRATTHALL D., KRASSE B.

Preventive measures in mothers influence the establishment of the bacterium *Streptococcus mutans* in their infants.

Arch. Oral Biol., 1983, 28 : 225-231

KOWASH M.B., PINFIELD A., SMITH J., CURZON M.E.J.

Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children.

Br. Dent. J., 2000, 188 (4) : 201-205

KWAN S.Y.L., WILLIAMS S.A.

The reliability of interview data for age at which infants' toothcleaning begins.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 : 214-218

LAI P.Y., SEOW W.K., TUDEHOPE D.I., ROGERS Y.

Enamel hypoplasia and dental caries in very-low birthweight children: a case-controlled, longitudinal study.

Pediatr. Dent., 1997, 19 (1) : 42-49

LAWRENCE H.P.

Cross-cultural perceptions of oral health and oral-health-related quality of life.

Community Dent. Health., 2001, 18 : 207-208

LEVINE R.S.

Caries experience and bedtime consumption of sugar-sweetened food and drinks-a survey of 600 children.

Community Dent. Health., 2001, 18 : 228-231

LEWIS C.W., NOWAK A.J.

Stretching the safety net too far : waiting times for dental treatment.

Pediatr. Dent., 2002, 24 (1) : 6-10

LI Y., NAVIA J.M., BIAN J.Y.

Caries Experience in Deciduous Dentition of Rural Chinese Children 3-5 Years Old in Relation to the Presence or Absence of Enamel Hypoplasia.

Caries Res., 1996, 30 : 8-15

LOUIE R., BRUNELL J.A., MAGGIORE E.D., BECK R.W.

Caries prevalence in Head Start children, 1986-87.

J. Publ. Health Dent., 1990, 50 : 299-305

LOW W., TAN S., SCHWARTZ S.

The effect of severe caries on the quality of life in young children.

Pediatr. Dent., 1999, 21 (6) : 325-326

McNABB K., MILGROM P., GREMBOWSKI D.

Dentist participation in a public-private partnership to increase Medicaid participation and access for children from low income families.

J. Dent. Child., 2000, Nov-Dec : 418-421

MARINO R.V., BOMZE K., SCHOLL T.O., ANHALT H.
Nursing Bottle Caries : Characteristics of Children at Risk.
Clin. Pediatr., 1989, 28 (3) : 129-131

MARTIN-LEBRUN

Familles monoparentales et recomposées.

Nouveaux environnements : éruption de nouveaux enfants?

Acte du 10^e Congrès National de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, Palais des Congrès de Nancy, 7,8 et 9 juin 2002
Cah. AFPA, 2002, n°6,

MATEE M.I.N., van't HOF M.A., MASSELLE S.Y., MIKX F.H.M., van PALENSTEIN HELDERMAN W.H.

Nursing caries, linear hypoplasia, and nursing and weaning habits in Tanzanian infants.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1994, 22 : 289-293

MILEN A.

Role of Social Class in Caries Occurrence in Primary Teeth.
Int. J. Epidemiol., 1987, 16 (2) : 252-256

MILGROM P., RIEDY C.A., WEINSTEIN P., TANNER A.C.R., MANIBUSAN L., BRUSS J.
Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children.

Community Dent. Oral Epidemiol., 2000, 28 : 295-306

MILNES A.F.

Description and epidemiology of nursing caries.
J. Publ. Health Dent., 1996, 56 : 38-50

MILNES A.F., RUBIN C.W., KARPA M., TATE R.

A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population.

Community Dent. Oral Epidemiol., 1993, 21 : 253-260

MITROPOULOS C.

The contrast in dental caries experience amongst children in the north west of England.
Community Dent. Health, 1993, 10 (2) : 9-18

MONAGHAN N., HEESTERMAN R.

Dental caries, social deprivation and enhanced capitation payments for children.
Br. Dent. J., 1999, 186 (5) : 238-240

MOYNIHAN P.J., HOLT R.D.

The national diet and nutrition survey of 1.5 to 4.5 year old children : summary of the findings of the dental survey.

Br. Dent. J., 1996, 181 (9) : 328-332

MULLER-GIAMARCHI M., JASMIN J.R.

Le syndrome du biberon.

Pédiatrie, 1990, 45 : 485-489

NAINAR S.M.H.

Longitudinal analysis of dental services provided to urban low-income (Medicaid) preschool children seeking initial dental care.

J. Dent. Child., 1998, September- October : 339-343

NOWAK Arthur J., CASAMASSIMO Paul S.

Using anticipatory guidance to provide early dental intervention.

JADA, 1995, 126 : 1156-1163

NOWAK Arthur J., CASAMASSIMO Paul S.

The dental home - A primary care oral health concept.

JADA, 2002, 133 : 93-98

NOWAK A., CASAMASSIMO P., MC TIGUE D.

Prévention des affections dentaires de la conception de l'enfant jusqu'à l'éruption de la première dent.

Prév. Bucco Dent., 1981, 7 : 19-24

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Précarité, accès aux soins, la profession s'engage.

La Lettre, 2002, 11 : 13-22

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Dossier Le témoignage de trois confrères.

La Lettre, 2003, 15 : 36

PAUNIO P., RAUTAVA P., HELENUS H., ALANEN P., SILLANPÄÄ M.

The Finnish Family Competence Study : The Relationship between Caries, Dental Health Habits and General Health in 3-Year-Old Finnish Children.

Caries Res., 1993, 27 : 154-160

PERSSON L.A., SAMUELSON G.

From Breastmilk to Family Food.

Act. Paediatr. Scand., 1984, 73 : 685-692

PIENIHÄKKINEN K., JOKELA J.

Clinical outcomes of risk-based caries prevention in preschool-aged children.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 2002, 30 : 143-150

POWELL L.V.

Caries prediction : a review of the literature.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 : 361-371

PRIMOSCH R.E., BALSEWICH C.M., THOMAS C.W.

Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Medicaid population.

J. Dent. Child., 2001, March-April : 102-108

PROVART S.J., CARMICHAEL C.L.

The use of an index of material deprivation to identify groups of children at risk to dental caries in County Durham.

Community Dent. Health., 1995, 12 : 138-142

QUINONEZ R., KEELS M.A., VANN W.F., McIVER F.T., HELLER K., WHITT J.K.

Early Childhood Caries : Analysis of Psychosocial and Biological Factors in a High-Risk Population.
Caries Res., 2001, 35 : 376-383

QUINONEZ R., SANTOS R.G., WILSON S., CROSS H.

The relationship between child temperament and early childhood caries.

Pediatr. Dent., 2001, 23 (1) : 5-10

RADFORD J.R., BALLANTYNE H.M., NUGENT Z., BEIGHTON D., ROBERTSON M., LONGBOTTOM C., PITTS N.B.

Caries-associated micro-organisms in infants from different socio-economic backgrounds in Scotland.

J.Dent., 2000, 28 : 307-312

RAMOS-GOMEZ F.J., HUANG G.F., MASOUREDIS C.M., BRAHAM R.L.

Prevalence and treatment costs of infant caries in Northern California.

J. Dent. Child., 1996, 63 : 108-112

REISINE S., DOUGLASS J.M.

Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 (1) : 32-44

LES RESTAURANTS DU CŒUR 2002/2004

[S.l.] : Edition des Restaurants du Cœur, 2002, 35 p

RIPA L.W.

Nursing caries : a comprehensive review.

Pediatr. Dent., 1988, 10 (4) : 268-282

ROBERTS G.J.

Is breast feeding a possible cause of dental caries?

J. Dent., 1982, 10 (4) : 346-352

ROLAND E., DROŽ D.

Bilan carieux des enfants de 4 et 6 ans.

JOSP, 1999, 9 (1) : 3-8

RUGG-GUNN A.J., AL-MOHAMMADI S.M., BUTLER T.J.
Malnutrition and Developmental Defects of Enamel in 2-to 6-Year-Old Saudi Boys.
Caries Res., 1998, 32 : 181-192

SANCHEZ O.M., CHILDERS N.K., FOX L., BRADLEY E.
Physicians' views on pediatric preventive dental care.
Pediatr. Dent., 1997, 19 (6) : 377-383

SCHOU L., WIGHT C.
Does dental health education affect inequalities in health?
Community Dent. Health, 1994, 11 : 97-100

SERWINT J.R., MUNGO R., NEGRETE V.F. et al
Child-rearing practices and nursing caries.
Pediatrics, 1993, 92 (2) : 233-237

SILVER D.H.
A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981, and 1989, in a Hertfordshire town, related to family behavior and social class.
Br. Dent. J., 1992, 172 (5) : 191-197

SKARET E., MILGROM P., RAADAL M., GREMBOWSKI D.
Factors influencing whether low-income mothers have a usual source of dental care.
ASCD J. Dent. Child., 2001, 68 (2) : 136-139, 142

SLAVKIN H.C.
First encounters : transmission of infectious oral diseases from mother to child.
JADA, 1997, 128 : 773-778

SMAJE C., LE GRANDE J.
Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS.
Soc. Sci. Med., 1997, 45 (3) : 485-496

SMITH R.E., BADNER V.M., MORSE D.E., FREEMAN K.
Maternal risk indicators for childhood caries in an inner city population.
Community Dent. Oral Epidemiol., 2002, 30 : 176-181

SMITH G.D., HART C., BLANE D., GILLIS C., HAWTHORNE V.
Lifetime socio-economic position and mortality : prospective observational study.
Br. Med. J., 1997, 314 : 547-552

STEWART D.C.L., ORTEGA A.N., ALOS V., MARTIN B., DOWSHEN S.A., KATZ S.H.
Utilization of dental services and preventive oral health behaviors among preschool-aged children from Delaware.
Pediatr. Dent., 1999, 21 (7) : 403-407

SWEENEY P.C., NUGENT Z., PITTS N.B.
Deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1999, 27 : 152-159

TABONE M.D., VINCELET C.

Précarité et santé en pédiatrie : expérience du Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris.
Arch. Pédiatr. , 2000, 7 : 1274-1283

TATE A.R., NG M.W., NEEDLEMAN H.L., ACS G.

Failure rates of restorative procedures following dental rehabilitation under general anesthesia.
Pediatr. Dent., 2002, 24 (1) : 69-71

THOMAS C.W., PRIMOSCH R.E.

Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation.

Pediatr. Dent., 2002, 24 : 109-113

TICKLE M., BROWN P., BLINKHORN A., JENNER T.

Comparing the ability of different area measures of socio-economic status to segment a population according to caries prevalence.

Community Dent. Health., 2000, 17 : 138-144

TICKLE M., MILSON K., BLINKHORN A.

Inequalities in the dental treatment provided to children : an example from the UK.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 2002, 30 : 335-341

TINANOFF N., CRALL J., THIBODEAU E

Dental caries patterns and treatment in Connecticut Head Start children : preliminary results.

Conn. State Dent. Assoc. J., 1991, 67 : 21-23

TINANOFF N., DALEY N.S., O'SULLIVAN D.M., DOUGLASS J.M.

Failure of intense preventive efforts to arrest early childhood and rampant caries : three case reports.

Pediatr. Dent., 1999, 21 : 160-163

TINANOFF N., O'SULLIVAN D.M.

Early childhood caries : overview and recent findings.

Pediatr. Dent., 1997, 19 (1) : 12-16

Van EVERDINGEN T., EIJKMAN M.A.J., HOOGSTRATEN J.

Parents and nursing-bottle caries.

J. Dent. Child., 1996, 63 (July-August) : 271-274

VARGAS C.M., CRALL J.J., SCHNEIDER D.A.

Sociodemographic Distribution of Pediatric Dental Caries : NHANES III, 1988-1994.

JADA, 1998, 129 : 1229-1238

VERRIPS G.H., FRENCKEN J.E., KALSBECK H., ter HORST G., KOK-WEIMAR T.L.

Risk indicators and potential risk factors for caries in 5-year-olds of different ethnic groups in Amsterdam.

Community Dent. Oral Epidemiol., 1992, 20 : 256-260

VERRIPS G.H., KALSBEEK H., EIJKMAN M.A.J.

Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behavior.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1993, 21 : 209-214

VIDAL O.P., SCHRÖDER U.

Dental health status in Latin-American preschool children in Malmö.

Swed. Dent. J., 1989, 13 (3) : 103-109

WALDMAN H.B.

The relationship of the changing structure of families and the health of children

J. Dent. Child., 1992, July-August, 301-305

WALDMAN H.B.

The health of our children and their use of medical services.

J. Dent. Child., 1993, May-June, 215-219

WALDMAN H.B.

More than "just" food : What are our youngsters eating?

J. Dent. Child., 2000, January-February : 18-20

WAN A.K.L., SEOW W.K., PURDIE D.M., BIRD P.S., WALSH L.J., TUDEHOPE D.I.

Oral Colonisation of Streptococcus mutans in Six-month-old Predentate Infants.

J. Dent. Res., 2001, 80 (12) : 2060-2065

WAN A.K.L., SEOW W.K., WALSH L.J., PURDIE D.M., BIRD P.S., TUDEHOPE D.I.

Association of Streptococcus mutans colonization and oral development nodules in predentate infants.

J. Dent. Res., 2001 a, 80 : 1945-1948

WANG N.J.

Dental caries and resources spent for dental care among immigrant children and adolescents in Norway.

Int. Dent. J., 1996, 46 : 86-90

WATSON M.R., HOROWITZ A.M., GARCIA I., CANTO M.T.

Caries conditions among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents'oral health knowledge, opinions and practices.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 1999, 27 : 8-15

WATT R.G., DYKES J., SHEIHAM A.

Preschool children's consumption of drinks : implications for dental health.

Community Dent. Health., 2000, 17 : 8-13

WATT R., SHEIHAM A.

Inequalities in oral health : a review of the evidence and recommendations for action.

Br. Dent. J., 1999, 187 (1) : 6-12

WEDDELL J.A., KLEIN A.I.

Socioeconomic correlation of oral disease in six- to thirty-six month children.
Pediatr. Dent. , 1981, 3 (4) : 306-310

WEINSTEIN P.

Public health issues in early childhood caries.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1998, 26 (1) : 84-90

WEINSTEIN P., DOMOTO P., WOHLERS K., KODAY M.

Mexican- American parents with children at risk for baby bottle tooth decay : Pilot study at a migrant farmworkers clinic.

J. Dent. Child, 1992, September-October, 59 : 376-383

WEINSTEIN P., OBERG D., DOMOTO P.K., JEFFCOTT E., LEROUX B.

A prospective study of the feeding and brushing practices of WIC mothers : Six- and twelve-month data and ethnicity and familial variables.

J. Dent. Child, 1996, 63 : 113-117

WENDT L.-K., HALLONSTEN A.-L., KOCH G.

Dental caries in one and two year old children living in Sweden. Part 1 - A longitudinal study.
Swed. Dent. J., 1991, 15 (1) : 1-6

WENDT L.-K., HALLONSTEN A.-L., KOCH G., BIRKHED D.

Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers.
Scand. J. Dent. Res., 1994, 102 : 269-273

WENDT L.-K., HALLONSTEN A.-L., KOCH G., BIRKHED D.

Analysis of caries-related factors in infant and toddlers living in Sweden.
Act. Odontol. Scand., 1996, 54 : 131-137

WILLIAMS S.A., KWAN S.Y.L., PARSONS S.

Parental Smoking Practices and Caries Experience in Pre-School Children.
Caries Res, 2000, 34 : 117-122

WOODWARD G.L., LEAKE J.L., MAIN P.A.

Oral health and family characteristics of children attending private or public dental clinics.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1996, 24 : 253-259

ANNEXES

- ✓ Plan détaillé.
- ✓ Photos.
- ✓ Article sur les Relais du Coeur.
- ✓ Exemplaire du questionnaire.
- ✓ Table des abréviations.

Plan détaillé

Introduction

1. Les caries du jeune enfant : facteurs de risque et exemples d'actions de prévention.

5

1.1. Facteurs de risque.

6

1.1.1. Les étapes du développement de la carie. 6
1.1.2. Statut socio-économique. 10

1.1.2.1. Profession, revenu. 10
1.1.2.2. Niveau d'éducation parental. 16
1.1.2.3. Structure familiale. 17
1.1.2.4. Habitudes, comportements, conditions de vie. 19

1.1.3. Immigration. 21
1.1.4. Facteurs culturels, ethnies. 23
1.1.5. Malnutrition. 26

1.2. Exemples d'actions de prévention.

27

1.2.1. Description. 27
1.2.2. Tableau de synthèse. 39
1.2.3. Critères pour sélectionner les groupes à risque. 44

2. Description des Restaurants du Cœur et des Relais du Cœur.

49

2.1. Généralités.

50

2.1.1. L'organisation des Restos du Cœur.

50

2.1.2. Les ressources.

52

2.1.3. Les actions.

53

2.1.3.1. L'aide alimentaire.

53

1) La distribution de denrées pour les bénéficiaires qui peuvent cuisiner. 54

2) Les repas chauds, pour ceux qui ne peuvent cuisiner. 54

3) Les Restos Bébés du Cœur. 55

2.1.3.2. L'insertion des bénéficiaires.

55

1) L'aide au logement. 55

2) L'emploi. 56

3) L'aide à la réhabilitation. 57

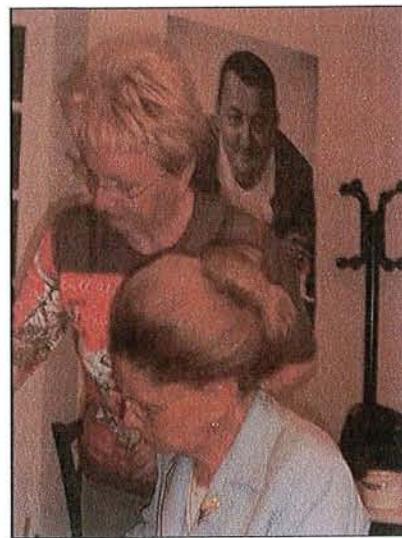
2.1.4. Les Relais du Cœur.

58

<u>2.2. Description de la situation nancéienne.</u>	59
2.2.1. <u>Les Restos du Cœur de Nancy.</u>	59
2.2.2. <u>Les Relais du Cœur de Nancy.</u>	59
2.2.2.1. <u>Les locaux et activités.</u>	60
2.2.2.1.1. <u>Rue Chanzy.</u>	60
2.2.2.1.2. <u>Centre du Haut-du-Lièvre.</u>	60
2.2.2.1.3. <u>Rue Henri Lepage.</u>	61
2.2.2.1.4. <u>Rue de l'Armée Patton.</u>	61
2.2.2.2. <u>Les bénévoles et les bénéficiaires.</u>	63
2.2.2.2.1. <u>Les bénévoles.</u>	63
2.2.2.2.2. <u>Les personnes fréquentant les Relais.</u>	64

3. Enquête menée dans les Relais du Cœur de Nancy. 66

3.1. <u>Objectifs.</u>	67
3.2. <u>Matériel et méthode.</u>	67
3.2.1. <u>Mise en place.</u>	67
3.2.1.1. <u>Centre de Nabécor.</u>	68
3.2.1.2. <u>Rue Chanzy.</u>	69
3.2.1.3. <u>Centre du Haut-du-Lièvre.</u>	71
3.2.1.4. <u>Rue Henri Lepage.</u>	72
3.2.2. <u>Support de l'action.</u>	76
3.2.3. <u>Population d'étude.</u>	77
3.2.3.1. <u>Les parents.</u>	77
3.2.3.2. <u>Les enfants.</u>	78
3.3. <u>Présentation des résultats des entretiens.</u>	79
3.3.1. <u>Etat dentaire des parents.</u>	79
3.3.2. <u>Etat dentaire des enfants.</u>	82
3.3.3. <u>Croisement entre les variables.</u>	88
3.3.3.1. <u>Chez les parents.</u>	88
3.3.3.2. <u>Chez les enfants.</u>	89
3.4. <u>Discussion.</u>	92
4. <u>Prolongement de l'action.</u>	95
Conclusion	101
Bibliographie	102



Photographie N°1



Photographie N°2



Photographie N°3



Photographie N°4



Photographie N°5



Photographie N°6



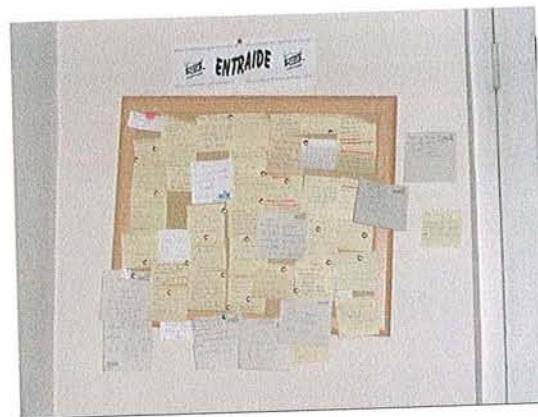
Photographie N°7



Photographie N°8



Photographie N°9



Photographie N°10



Photographie N°11



Photographie N°12



Photographie N°13



Photographie N°14



Photographie N°15



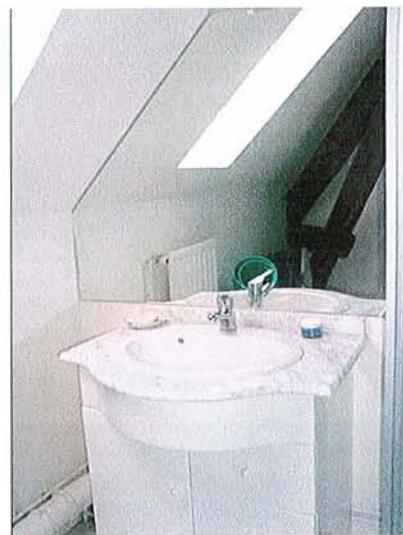
Photographie N°16



Photographie N°17



Photographie N°18



Photographie N°19



Photographie N°20



Photographie N°21



Photographie N°22



Photographie N°23



Photographie N°24



Photographie N°25



Photographie N°26



Photographie N°27



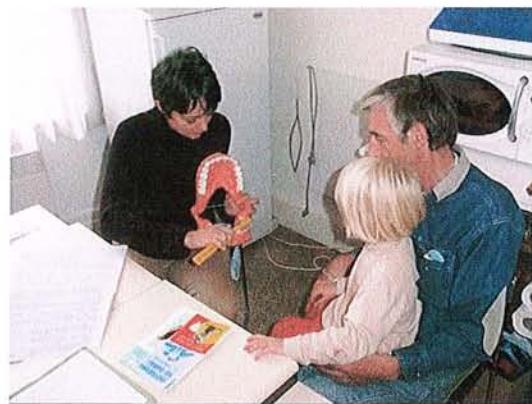
Photographie N°28



Photographie N°29



Photographie N°30



Photographie N°31



Photographie N°32



Photographie N°33

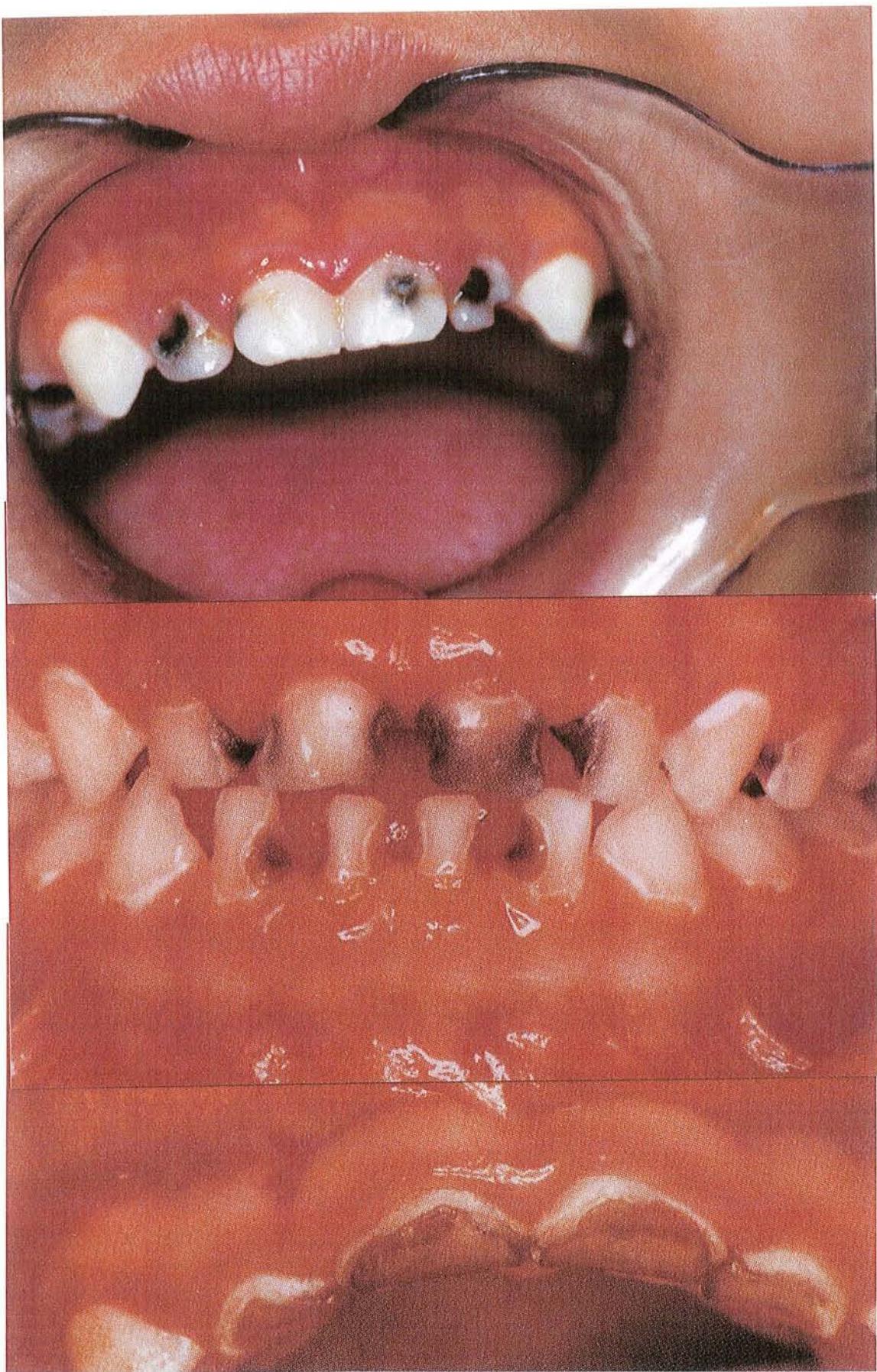


Photographie N°34



Photographie N°35

Photographies N°36



Le cœur a sa maison

Le Relais du cœur s'installe au 38, rue de l'Armée-Patton. Générosité à tous les étages.



Gianna au vestiaire : une lourde tâche.

Photos Dominique CHARTON.

Contrairement aux Restos du cœur, le Relais du cœur ne sert pas de repas. En revanche, il est ouvert toute l'année et offre en un même lieu une multitude de services. Ici, sans inscription, formulaire ou questionnaire inquisiteur, on peut se faire aider dans tous les domaines de la vie. « Nous offrons des cours d'alphabétisation, du soutien scolaire, des séances de coiffure, les services d'un écrivain public, d'un conseiller juridique, d'un médiateur... », énumère Arlette Hickel, la responsable des lieux. « La médecine préventive passe une fois par semaine ainsi qu'un dentiste. La Caisse d'allocation familiale tient une permanence. Nous avons même des lunettes

fournies gratuitement, sur ordonnance, par l'opticien Optissimo de Laxou-Sapinière. Le mercredi, nous prenons les enfants en charge avec des animatrices qualifiées. Notre vestiaire fonctionne trois fois par semaine. C'est le seul vestiaire gratuit de Nancy. Nous avons également un resto bébé, pour les mamans et les nourrissons ». Depuis quelques jours, le Relais du cœur a quitté la rue Lepage pour s'installer dans une spacieuse maison de plusieurs étages, au 38, de la rue de l'Armée-Patton. Avec plus de surface, il pourra encore mieux remplir son rôle : accueillir toutes les détresses. « C'est un lieu de rencontre, d'écoute et



Arlette Hickel sert le café du réconfort.

d'amitié. Nous essayons d'apporter un petit plus dans la vie des gens », résume Gianna qui a la lourde tâche de s'occuper du vestiaire.

« Ici, c'est le seul endroit où nous sommes accueillis comme des êtres humains, où nous ne sommes pas obligés d'expliquer encore et toujours que nous sommes pauvres et pourquoi nous sommes pauvres », explique un habitué.

Avec dignité

N'importe qui peut venir. Parfois, pendant de longues se-

maines, un nouveau fréquente les lieux. Sans rien dire. Puis, il finit par se livrer, parler aux autres, raconter son histoire, plaisanter.

Ainsi, un jeune homme a pris son café en silence, chaque matin, pendant trois mois. Maintenant, c'est devenu un habitué, pas encore très bavard certes. Mais il est sorti du mutisme. Grâce à la chaleur humaine. Grâce à une générosité gratuite qui s'exerce ici sans jugement. Pour Noël, les 45 bénévoles qui se relaient rue Patton ont préparé profusion de cadeaux. Cer-

tains iront directement aux enfants. Les plus beaux seront remis aux parents, à charge pour eux de les déposer eux-mêmes sous le sapin. Question de dignité.

Ludovic BASSAND

● Pour tous renseignements ou dons, s'adresser au 03.83.90.05.34 ou au 03.83.90.04.43. Le Relais du cœur est ouvert au 38, rue de l'Armée-Patton tous les jours, de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h, sauf le lundi matin et le samedi après-midi.

Relais Bébé

Age du parent
sexe
code postal
quartier

Avez vous des problèmes dentaires

caries	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
gingivite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
dents manquantes ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui appareillée ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
les mettez vous ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
en êtes vous satisfait ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Quelle est la date de votre dernière visite chez un dentiste

Allez vous chez un dentiste ?

en urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
régulièrement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
de temps en temps	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

si non pour quelle raison ?

peur du dentiste	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
coût	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ne sais pas où aller	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
n'ose pas	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
cela s'est mal passé la dernière fois	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
n'en a pas besoin	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
viens de terminer des soins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
a manqué dernier rdv et n'ose plus	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
les dents ça ne compte pas	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ça ne sert à rien	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
c'est trop loin de chez moi	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
je n'ai pas envie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

existe-t-il des problèmes dentaires dans la famille

mauvaises dents
taches
dents qui manquent
pb de gencive

Avez vous des suggestions à faire
Cabinet dentaire du cœur ?

Nombre d'enfants

Age

Quelle est la date de votre dernière visite chez un dentiste pour vos enfants
âge de leur première visite

1^{er} enfant

Brossage fait ?

oui non

Par qui ?

Quand ?

matin après petit déjeuner

oui non

midi après repas

oui non

soir avant coucher

oui non

Depuis quel âge ?

Avec quoi dentifrice parents

oui non

dentifrice enfants

oui non

brosse adaptée

oui non

Habitudes de biberon

oui non

Grignotage

oui non

Taches sur les dents

oui non

Plaque visible chez les petits

oui non

Gingivite chez les petits

oui non

cela se passe-t-il bien chez le dentiste

oui non

a-t-il déjà eu des soins

oui non

des extractions ?

oui non

2^{ème} enfant

Brossage fait ?

oui non

Par qui ?

Quand ?

matin après petit déjeuner

oui non

midi après repas

oui non

soir avant coucher

oui non

Depuis quel âge ?

Avec quoi dentifrice parents

oui non

dentifrice enfants

oui non

brosse adaptée

oui non

Habitudes de biberon

oui non

Grignotage

oui non

Taches sur les dents

oui non

Plaque visible chez les petits

oui non

Gingivite chez les petits

oui non

cela se passe-t-il bien chez le dentiste

oui non

a-t-il déjà eu des soins

oui non

des extractions ?

oui non



Table des abréviations



Abréviation	Signification
AAPD	Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique
ADF	Association Dentaire Française
AFPA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ASSEDIC	Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAO	Indice de dents Cariées, Absentes ou Obturées
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEC	Contrat Emploi Consolidé
CES	Contrat Emploi Solidarité
CMP	Centre de Médecine Préventive
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU	Couverture Médicale Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DEPCAT	Carstairs score and its deprivation categories
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
Dr	Docteur
ECC	Early Childhood Caries
EDF-GDF	Electricité De France-Gaz De France
JO	Journal Officiel
N	Effectif
NB	Nota Bene, Notez Bien
NHANES III	National Health And Nutrition Examination Survey
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Restos	Restaurants du Cœur-Relais du Cœur
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAMU	Service d'Aide Médicalisée d'Urgence
SDF	Sans Domicile Fixe
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SRE	Soutien à la Recherche d'Emploi
Sm	Streptocoque mutans
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

MEDERLE Angélique – Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé : enquête menée auprès de familles dans un Relais du Cœur.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 2003 : 116 f

Mots-clés : Précarité
Prévention bucco-dentaire
Education sanitaire dentaire

MEDERLE Angélique – Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé : enquête menée auprès de familles dans un Relais du Cœur.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 2003

La prévalence carieuse a beaucoup diminué depuis les cinq dernières décennies, mais parallèlement à cette baisse de caries, une faible proportion d'enfants cumule toute les pathologies. Il s'agit en général d'enfants de milieux défavorisés.

De nombreux auteurs ont souligné l'importance de mettre en place des programmes de prévention ciblés sur ces populations à haut risque de caries dentaires, après avoir étudié les facteurs de risque.

Crée par Coluche en 1985, l'association humanitaire des Restaurants du Cœur a mis en place à Nancy, en décembre 2001 une antenne sociale, les Relais du Cœur, afin de proposer des services aux personnes démunies, en vue de leur réhabilitation.

Parmi ces services et activités, la prévention bucco-dentaire s'est donnée comme objectif de réunir des informations et d'établir un contact avec ces populations, de faire une première évaluation des besoins et d'étudier la possibilité d'insérer un examen bucco-dentaire au sein de cette association.

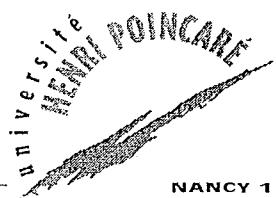
JURY :

Monsieur J.P. LOUIS	Professeur des Universités
Mademoiselle C. STRAZIELLE	Professeur des Universités
<u>Madame D. DESPREZ-DROZ</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>
Madame E. ROLAND	Docteur en Chirurgie Dentaire
Monsieur M. BLIQUE	Docteur en Chirurgie Dentaire



Adresse de l'auteur :

Angélique MEDERLE
40, route de Pompey
54460 LIVERDUN



FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
Juges : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
D. DESPREZ-DROZ – Maître de Conférences des Universités
E. ROLAND – Docteur en Chirurgie Dentaire
M. BLIQUE - Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

présentée par : **Mademoiselle MEDERLE Angélique**

né(e) à: **NANCY (Meurthe-et-Moselle)** le **21 janvier 1977**

et ayant pour titre : **«Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé : enquête menée auprès de familles dans un Relais du Cœur»**

Le Président du jury,

J.P. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté de Chirurgie Dentaire

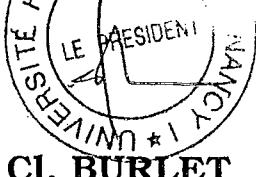
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
95, av. de Lattre de Tassigny
Le Doyen
Pr. J.P. LOUIS

J.P. LOUIS
UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ - NANCY 1
BP 50208 - 54004 NANCY CEDEX 1

Autorisé à soutenir et imprimer la thèse *20/1703*

NANCY, le *16 juillet 2003*

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



**MEDERLE Angélique – Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé :
enquête menée auprès de familles dans un Relais du Cœur.**

Th. : Chir. Dent. : Nancy 2003 : 116 f

Mots-clés : Précarité
Prévention bucco-dentaire
Education sanitaire dentaire

**MEDERLE Angélique – Prévention bucco-dentaire en milieu défavorisé :
enquête menée auprès de familles dans un Relais du Cœur.**

Th. : Chir. Dent. : Nancy 2003

La prévalence carieuse a beaucoup diminué depuis les cinq dernières décennies, mais parallèlement à cette baisse de caries, une faible proportion d'enfants cumule toute les pathologies. Il s'agit en général d'enfants de milieux défavorisés.

De nombreux auteurs ont souligné l'importance de mettre en place des programmes de prévention ciblés sur ces populations à haut risque de caries dentaires, après avoir étudié les facteurs de risque.

Créée par Coluche en 1985, l'association humanitaire des Restaurants du Cœur a mis en place à Nancy, en décembre 2001 une antenne sociale, les Relais du Cœur, afin de proposer des services aux personnes démunies, en vue de leur réhabilitation.

Parmi ces services et activités, la prévention bucco-dentaire s'est donnée comme objectif de réunir des informations et d'établir un contact avec ces populations, de faire une première évaluation des besoins et d'étudier la possibilité d'insérer un examen bucco-dentaire au sein de cette association.

JURY :

Monsieur J.P. LOUIS	Professeur des Universités
Mademoiselle C. STRAZIELLE	Professeur des Universités
<u>Madame D. DESPREZ-DROZ</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>
Madame E. ROLAND	Docteur en Chirurgie Dentaire
Monsieur M. BLIQUE	Docteur en Chirurgie Dentaire

Adresse de l'auteur :

Angélique MEDERLE
40, route de Pompey
54460 LIVERDUN