



**Santé, féminité,
famille, carrière...**

**Mais comment
font les femmes ?**

Colloque National
de Santé Publique
2012

**Réalités et enjeux de la santé
bucco-dentaire au féminin**

Actes du Colloque
Jeudi 11 octobre 2012



www.ufsbd.fr



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS
POUR LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX CONCEPTS
D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES



Colloque National de Santé Publique

Réalité et enjeux de la santé bucco-dentaire au féminin

Actes du Colloque

jeudi 11 octobre 2012

Sommaire

Ouverture	3
Dr Sophie DARTEVELLE <i>Présidente de l'UFSBD</i>	
Mme Christine MEYER <i>Conseiller économique en santé auprès du Directeur Général de la FNMF, représentante du Président de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)</i>	
Table ronde n°1 :	7
Bien manger, bien se nourrir, bien vivre : la nutrition est-elle une affaire de femmes ?	
Table ronde n°2 :	15
Alcool, tabac, drogues, médicaments... Femmes sous influences ?	
Focus : la santé de la femme enceinte	23
Table ronde n°3 :	30
Miroir, mon beau miroir... L'obsession de l'apparence peut-elle mener à la pathologie ?	
Recommandations et conclusion.	35

Ouverture

Dr Sophie DARTEVELLE

Présidente de l'UFSBD



Je suis ravie de vous accueillir à l'Hôpital Européen Georges Pompidou pour le 13^{ème} colloque de santé publique de l'UFSBD, association de chirurgiens-dentistes créée en 1966, dédiée à la prévention et à la promotion de la santé bucco-dentaire. L'UFSBD est investie d'une mission de santé publique qui vise à améliorer la santé bucco-dentaire de nos concitoyens, et par là-même, leur santé générale et contribue à ce titre à la réflexion internationale à la fois sur la promotion de projets pilotes en santé bucco-dentaire et sur le développement de protocoles d'évaluation des actions de santé publique et la mesure de leur impact sur l'amélioration de la santé.

Notre réflexion est loin d'être figée. Elle a considérablement évolué depuis la création de l'UFSBD il y a plus de 40 ans. Notre cœur de métier était alors la prévention des enfants en milieu scolaire. Depuis, nos actions se sont diversifiées et l'UFSBD propose des solutions de prévention et de prise en charge adaptées par cible, en tenant compte de la spécificité des besoins, des comportements et des ressources environnementales. Ces interventions sont envisagées sur le terrain, à la rencontre des populations, et bien évidemment au sein des cabinets dentaires, là où les chirurgiens-dentistes sont consultés pour leur expertise santé. Sans les professionnels de santé, aucun changement ne serait possible. C'est la raison pour laquelle l'UFSBD a construit son action vers deux cibles, les patients et les professionnels de santé.

L'UFSBD présente de multiples facettes. Sa caractéristique est d'être présente partout où on est en droit de l'attendre et aussi partout où elle est en droit de croire qu'on l'attend. C'est ainsi qu'elle a mis en place des groupes de travail pluri-disciplinaires qui réunissent autour de différentes thématiques tous les acteurs de santé publique : professionnels de santé, patients, institutionnels et industriels. Les thèmes abordés sont divers : santé au travail, pratique du sport, les jeunes adultes, l'addiction, la nutrition, les

personnes âgées, celles en situation de handicap... Autant de thèmes de colloque de santé publique qui ont exploré les relations entre l'hygiène de vie, les politiques publiques de prévention, la santé bucco-dentaire et la santé générale.

Cette année, la thématique est celle des femmes et de leur santé : « Mais comment font les femmes ? Entre nécessités sociales, familiales et besoins personnels... Réalités et enjeux de la santé bucco-dentaire au féminin. » Pourquoi le choix de cette thématique ? Parce que, entre nécessités familiales, carrière et besoins personnels, les femmes sont confrontées à de nombreuses contraintes qui menacent leur équilibre. Nous verrons au fil de cette journée que la place qu'elles accordent à leur santé est déterminante à cet égard. Elles jouent par ailleurs un rôle évident et majeur dans l'éducation à la santé de leur famille, l'alimentation, l'hygiène et la santé de leurs enfants.

Nous vous proposons un colloque sur les femmes et parler de la femme, c'est parler d'elle, de son couple et de sa famille. Nous tenterons de saisir l'impact de nos modes de vie sur la santé bucco-dentaire, sur les femmes et leur famille. Cette année, nous avons décidé de vous donner la parole autour de trois tables rondes et un focus. Les femmes sont multiples, voire plus complexes que les hommes selon certains, ainsi le choix des thèmes abordés paraîtra peut être réducteur. Mais après réflexion, le choix des thématiques suivantes, s'est imposé :

- « Bien manger, bien se nourrir, bien vivre : la nutrition est-elle une affaire de femmes ? »
- « Alcool, tabac, drogues, médicaments... Femmes sous influences ? »
- « Focus : la santé de la femme enceinte »
- « Miroir, mon beau miroir... L'obsession de l'apparence peut-elle mener à la pathologie ? »

Je conclurai sur l'actualité du sujet de la santé des femmes pour les chirurgiens-dentistes, puisque l'UFSBD a obtenu avec le soutien des syndicats, la mise en place d'un examen de prévention au 4ème mois de grossesse, dans le cadre du parcours de soins de la femme enceinte. Cette réforme, qui représente une étape importante pour la santé des femmes et de leurs enfants, sera mise en place en fin d'année.

Je remercie l'ensemble des intervenants et des participants, ainsi que nos partenaires, notamment la Mutualité Française qui participe régulièrement à notre colloque.

Mme Christine MEYER

Conseiller économique en santé auprès du Directeur Général de la FNMF, représentante du Président de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)

La Mutualité Française et l'UFSBD ont une longue histoire, traduite dans un accord de partenariat signé en 2006 et reconduit de 2011 à 2014. Ce partenariat s'ancre sur des convictions partagées, dont la première est la nécessité de la prévention. Les mutuelles sont à la fois des assureurs santé, puisqu'elles couvrent la partie complémentaire de la sécurité sociale voire davantage, ainsi que des centres de santé. De très nombreux centres dentaires mutualistes existent aujourd'hui. Dans le cadre des garanties complémentaires et des centres de santé, les mutuelles sont très attachées à la prévention. Elles mettent en œuvre des actions de formation et d'information auprès des patients et des professionnels. La prévention est un axe que nous avons retenu ensemble dans un programme sur la santé bucco-dentaire des résidents des EHPAD.

Les mutuelles peuvent-elles, dans leurs garanties complémentaires, différencier la prise en charge et les remboursements des adhérents selon qu'ils respectent ou non les recommandations de prévention ? Actuellement, le code de la mutualité ne le permet pas car tous les adhérents ont les mêmes droits aux prestations. Les mutuelles ne sont donc pas dans une pratique de bonus-malus mais d'information incitative et pédagogique. Elles ont développé des actions collectives, notamment en partenariat avec l'UFSBD.

Le second enjeu que nous partageons est la qualité des soins. Les centres dentaires mutualistes ont été parmi les premiers à mettre en place une démarche de qualité en matière de soins et d'environnement de soins. Cette démarche, qui dure depuis une dizaine d'années, est aujourd'hui conduite par le référentiel de la HAS. La qualité est aussi l'objet de notre accord de partenariat : nous avons ainsi déployé un cycle complet de formation sur le dépistage des cancers buccaux à l'intention des chirurgiens-dentistes.

Notre troisième enjeu commun est l'accès aux soins. C'est un sujet majeur pour la mutualité et le système de protection sociale. La Mutualité Française développe une action forte pour un droit à une protection complémentaire pour tous, dont le volet essentiel est de garantir l'accès aux soins. Cette problématique s'envisage sous plusieurs angles : géographique, mais aussi social et de solidarité. La fondation du système national de santé britannique, par exemple, ne visait pas la gratuité des soins mais l'accès aux soins. L'une des clauses fondatrices était la possibilité pour chacun d'avoir un médecin généraliste de référence. Cette dimension de l'accès aux soins fonde nos systèmes nationaux de santé. Dans le domaine dentaire, la complexité de prise en charge obligatoire et complémentaire et la liberté des tarifs continuent cependant de poser de réels problèmes d'accès aux soins sur lesquels nous devons avancer.

Enfin, notre partenariat se concrétise chaque année avec la participation de la Mutualité Française au colloque annuel de santé publique de l'UFSBD.

Pour conclure, j'aimerais faire un clin d'œil personnel à votre thème : « Mais comment font les femmes ? ». Je me demande si ce ne sont pas plutôt leurs confrères qui devraient se poser la question car après tout, les femmes font. La ministre de la santé et des affaires sociales, Marisol Touraine, a qualifié la féminisation des professions médicales d'évolution sociologique majeure. Nous devons encore en faire la preuve tous les jours.

Dr Jacques WEMAERE

Vice-Président de l'UFSBD

Nous vous proposons trois thématiques de table ronde, dont la première semble naturelle. Depuis les années 50, la place de la femme dans la société a considérablement évolué, entraînant une évolution parallèle de la place de l'alimentation dans les foyers, avec des conséquences potentielles en termes de nutrition et de santé. Notre première table ronde portera donc sur l'alimentation, la nutrition et leur place dans les familles.

Les tables rondes sont animées par le Dr Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD.

Table ronde n°1 :

Bien manger, bien se nourrir, bien vivre :
la nutrition est-elle une affaire
de femmes ?



Avec la participation de :

Pr Serge HERCBERG,

*Directeur de l'Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle
INSERM-Paris XIII, Pilote de l'étude Nutrinet Santé,*

Mme Ana MASULLO,

*Chercheur en alimentation et sciences sociales, INRA (Institut
National de la Recherche Agronomique)*

Pr Catherine CHAUSSAIN,

*Chirurgien-dentiste, Maître de Conférences,
Faculté de Chirurgie-dentaire, Université Paris 5*

Pr Serge HERCBERG

Le point de vue du nutritionniste est partagé par les spécificités de la problématique nutritionnelle chez les femmes. Les premières sont biologiques : les besoins des femmes ne sont pas les mêmes que ceux des hommes. Ils sont parfois plus faibles pour des raisons de masse corporelle et plus élevés pour certains nutriments. En raison des règles, par exemple, les besoins des femmes en fer sont plus importants. Ces spécificités sont exacerbées par des périodes de la vie des femmes comme la grossesse et l'allaitement, qui augmentent le risque de déficiences et de carences. Les études épidémiologiques révèlent ainsi que 16 à 18 % des femmes n'ont aucune réserve en fer et que 3 à 4 % d'entre elles sont anémiques.

La seconde spécificité de la nutrition est comportementale. Les études nutritionnelles révèlent des différences. On a souvent dit que la femme était l'avenir de l'homme : c'est vrai dans une certaine mesure. Les apports énergétiques de leur alimentation est plus faible, mais leur modèle de consommation alimentaire est qualitativement plus favorable. Elles consomment davantage de fruits et légumes, qui présentent un intérêt nutritionnel significatif. Elles consomment moins de charcuterie, fromages et viandes rouges, dont l'excès est défavorable à la santé. Ce modèle traditionnel est cependant perturbé par plusieurs éléments, dont le grignotage, particulièrement fréquent chez les femmes alors qu'il ne va pas dans le sens des recommandations nutritionnelles favorisant un état de santé optimal. L'étude Nutrinet Santé, qui vise à comprendre la relation entre nutrition et santé et les déterminants de cette relation, nous renseigne sur les déterminants biologiques et sociologiques des comportements alimentaires. Les femmes suivent davantage de régimes en raison notamment d'une perception du corps particulière. 70 % des femmes de l'étude se considèrent comme trop grosses, alors que leur indice de masse corporelle est souvent conforme à la classification. 30 % des femmes présentant un indice normal se trouvent trop grosses et 60 % souhaitent maigrir. Parmi celles qui présentent un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 ; 10 % veulent encore maigrir. Ce phénomène commence à toucher les hommes, mais dans une moindre mesure. La problématique nutritionnelle doit prendre en compte celle de l'image du corps, qui se traduit par des pratiques de régime dont le caractère très restrictif et le sentiment de frustration généré entraîne des phénomènes délétères à terme. La multiplicité des régimes marqués soulève un véritable problème de santé publique.

Dans toutes nos études épidémiologiques et nutritionnelles, une majorité de femmes se propose d'aider la recherche, ce qui peut créer un biais. Il est habituel de trouver davantage de femmes dans les études de santé fondées sur le volontariat, mais nous avons aussi besoin d'hommes et je lance un appel aux volontaires. De fait, les femmes sont plus sensibles à la problématique de la santé, notamment nutritionnelle. Elles représentent les trois quarts des répondants pour Nutrinet.

Le sujet s'envisage également sous un angle socio-économique. La nutrition apparaît en effet comme un marqueur social : la prévalence de l'obésité est plus importante dans les catégories socio-professionnelles défavorisées. Chez les femmes, les disparités sont encore plus fortes et associent les phénomènes d'obésité et de surpoids, mais aussi de malnutrition et de carences. Une étude montre que les catégories défavorisées comptent 30 % de femmes obèses et 30 % de femmes anémiques. Ces résultats soulèvent une problématique de malnutrition et de dénutrition, avec une approche qualitative défavorable liée au niveau socio-économique.

En conclusion, les déterminants à prendre en compte sont donc biologiques, mais aussi sociaux, économiques et culturels.

Mme Ana MASULLO, INRA

Mon travail a consisté à rencontrer les femmes précaires, à les aider à faire les courses et à cuisiner. Je vais ici vous rendre compte d'une étude qualitative, dont les conclusions sont parfois délicates. Les femmes précaires diffèrent les unes des autres. La précarisation actuelle de la société s'accompagne d'une grande diversité de situations, entre les personnes qui ont perdu leur travail et ne parviennent plus à s'insérer, celles qui ont un niveau d'éducation élevé, celles qui d'infirmières dans leur pays se trouvent désormais éloignées de tout dans des cités. Il est difficile de généraliser. J'insisterai sur les traits les plus intéressants pour comprendre l'alimentation des femmes précaires.

Dans les ménages précaires, la place de l'alimentation est plus importante dans le budget qu'elle ne l'est dans les catégories supérieures. Les personnes pauvres dépensent une part plus importante de leurs ressources dans l'alimentation. A travers elle, elles parviennent à participer à la société de consommation et peuvent se permettre des écarts. Lors des courses, les enjeux sont multiples et la santé n'est pas le critère prioritaire des menus. Les femmes cherchent aussi à faire plaisir à leur famille. Elles ont la charge de la gestion de l'alimentation, dont les achats. Leurs contraintes ne sont pas seulement budgétaires : elles sont

aussi temporelles et pratiques (déplacements, horaires des transports en commun, etc...).

Généralement, les femmes précaires partagent une image traditionnelle du rôle de la femme dans la société. C'est une mère de famille chargée de gérer le budget, qui fait passer son conjoint et ses enfants avant elle. C'est une valeur en soi, qui conduit à faire dépendre l'alimentation de l'envie de faire plaisir à sa famille. Les femmes précaires sont souvent des mères à plein temps. Elles n'ont pas de travail où socialiser avec des collègues et sont confinées dans une cellule familiale, qui offre peu d'échanges avec le monde extérieur. Cette situation a des conséquences sur leur intégration, leur rapport à elles-mêmes et leur vision du corps. Il peut par exemple leur sembler inutile de bien s'habiller ou de surveiller son poids. Dans ces milieux, le calendrier de la séduction est plus court : une fois mariées et mères de famille, les femmes ne cherchent plus à être dans la séduction. La recherche d'un corps attractif peut même être perçue négativement par l'entourage, cette préoccupation ne devant pas être celle d'une mère. Le souci de l'apparence se traduit donc différemment dans la consommation alimentaire selon le niveau socio-économique. Le rapport à soi et au corps passe par l'expérience sociale. Ceci va de pair avec l'idée que la minceur et la représentation du corps est liée à l'entourage. Dans les milieux précaires, la norme de beauté ou de bonne santé peut être associée à un poids plus important que dans les ménages plus aisés. Etre mince n'a pas la même signification selon le milieu social. Les rondeurs sont valorisées car elles sont associées au rôle de mère.

Pour autant, les femmes précaires suivent aussi des régimes. Certaines ont été prises en charge dans des dispositifs médicalisés, où elles perdent les repères familiaux pour s'accrocher à des repères médicaux. L'alimentation bascule alors dans une contrainte médicale, sans nécessairement rechercher l'équilibre. Le but est uniquement de perdre du poids et certaines en viennent à vouloir la pose d'un anneau gastrique. Dans notre société, le surpoids est par ailleurs soumis à un fort stigmat, assorti de valeurs morales. Ce stigmat est de plus en plus associé à la précarité.

La manière dont le corps est perçu a des conséquences sur la perception de l'enfant. En milieu précaire, un enfant enrobé sera plutôt valorisé. Ses rondeurs seront tolérées ou acceptées plus longtemps. Les messages de l'école sur un indice de masse corporelle trop élevé peuvent être reçus de manière très négative, voire violente. Ils remettent en question le dévouement et l'investissement de ces femmes dans l'éducation de leurs enfants et ainsi, leur identité profonde. Les messages sont reçus différemment selon le niveau social.

Le modèle de l'équilibre alimentaire comme hygiène de vie et de construction d'un capital santé est propre aux couples de catégories sociales supérieures et très éduquées, dont les professionnels de santé font partie. Il leur est parfois difficile de comprendre les personnes dont les visions et les préoccupations diffèrent. Il leur faut parvenir à croiser plusieurs registres pour trouver des solutions au surpoids des femmes précaires et de leurs enfants, en sachant qu'il existe plusieurs types de femmes. Ainsi, les femmes de milieu populaire ayant une ambition d'élévation sociale manifestent une volonté d'adhésion aux normes et représentent un appui dans la prise en charge des enfants en surpoids. Généralement, ces femmes travaillent et sont mieux intégrées dans la société. D'autres femmes suivent des régimes multiples pour perdre du poids. D'autres encore se protègent contre les injonctions extérieures : elles jettent le courrier de l'école sur le surpoids de leur enfant et couperont le lien avec l'institution. Ces registres différents ont peu de points de jonctions.

Les catégories sociales supérieures ont une idée de la prévention ; elles surveillent la prise de poids. Dans les catégories socio-économiques populaires et précaires, la santé n'est pas une priorité. Elle est reléguée derrière des préoccupations quotidiennes et l'approche sera curative. Le préventif donne une idée de la santé à long terme qui se construit chaque jour. Dans une famille précaire, le surpoids est perçu comme une maladie, dont le remède ponctuel est le régime. Après la perte de poids, les anciennes habitudes alimentaires reviennent. Une famille aisée changera les habitudes alimentaires de tous ses membres dans un objectif de santé, tandis qu'une famille précaire soumettra l'enfant seul à un régime. La prise en charge du surpoids s'en trouve plus difficile. Le lien entre alimentation et santé est donc très intellectuel. Il ne se perçoit pas dans l'expérience quotidienne, ce qui le rend difficile à faire comprendre.

Enfin, j'aborderai le sujet des inégalités sociales de santé dans un ménage. De nombreuses études

portent sur l'analyse des aliments consommés par la famille en tant qu'unité de consommation. Or un budget familial n'implique pas une répartition équitable entre les membres du foyer. La mère cèdera son assiette face à la pénurie d'aliments. Actuellement, il est difficile de trouver des études mettant en lumière l'impact des pénuries familiales sur la santé des femmes.

En conclusion, il importe de traiter les femmes précaires comme des sujets importants de la prévention, non pas en tant que leviers d'action sur la famille, mais parce qu'elles ont aussi besoin d'une prise en charge en raison des inégalités sociales de santé. Leur santé passe souvent derrière d'autres préoccupations. J'apprécie d'autant plus le thème choisi pour ce colloque. Au moment de la grossesse et après la naissance, les femmes sont réceptives aux messages de santé. C'est un moment clé pour intervenir sur la prise en charge de soi et le regard qu'elles portent sur leur corps. L'alimentation est un sujet féminin. C'est encore plus vrai dans les milieux précaires où les rôles sont davantage déterminés par le genre.

Pr Catherine CHAUSSAIN

Chirurgien-dentiste, j'ai choisi d'avoir une pratique uniquement hospitalière. Celle-ci se trouve réduite de plus en plus par la part que j'accorde à la recherche fondamentale. Je reçois des patients qui souffrent de troubles de la nutrition, dont des patients présentant une obésité morbide et candidat au traitement chirurgical (chirurgie bariatrique). Nous recevons chaque semaine une dizaine de patients en amont de la chirurgie. 70 % d'entre eux sont des femmes âgées en moyenne d'une cinquantaine d'années. Nous recevons cependant aussi des jeunes femmes de 18 ans dont l'IMC dépasse 35 voire 40 et d'autres femmes plus âgées. Certaines sont mères, d'autres voudraient l'être mais l'obésité morbide leur limite la possibilité de grossesse. Nous constatons la présence de troubles dentaires chez ces patientes qui ont suivi des régimes, se sont faits poser des anneaux gastriques, tout en se retrouvant, à 40 ans, avec un IMC supérieur à 35, avec des conséquences importantes sur leur santé. Au fil des années, nous avons constaté que ces patientes rencontraient des problèmes dentaires multiples comme des édentements non compensés ou des problèmes parodontaux, surtout lorsque l'obésité est associée au diabète. Nous avons réalisé deux études qui ont démontré que si ces patients n'avaient pas les moyens de mastiquer, ils allaient moins bien maigrir après la chirurgie bariatrique. Les chirurgiens-dentistes ont donc un rôle à jouer dans la prise en charge du surpoids. Il importe d'expliquer aux patients que la mastication et le sentiment de satiété qu'elle déclenche jouent un rôle important dans le contrôle de la prise de poids. Pour ce faire, ils ont besoin d'une bouche en bonne santé.

Dr Jacques WEMAERE

Quelles conséquences le fait de sauter des repas ou de les multiplier par des grignotages entraîne-t-il sur l'équilibre alimentaire et la santé bucco-dentaire ?

Pr Serge HERCBERG

Il faut différencier multiplicité des repas et des prises alimentaires. Nous ne connaissons pas le nombre optimal de repas. La difficulté n'apparaît qu'en sortant de la prise des repas. Le grignotage n'est pas une consommation alimentaire structurée et se traduit souvent par une prise alimentaire grasse, sucrée ou salée. Il est source d'un apport énergétique fort. Dans notre étude nutritionnelle, seuls 8 % des grignotages étaient intéressants sur le plan nutritionnel. 92 % étaient des produits gras, sucrés ou salés. 30 % des femmes sont des grignoteuses régulières, avec un apport énergétique équivalent parfois à un double hamburger, voire à 30 à 50 % des besoins journaliers.

Dr Jacques WEMAERE

Mme MASULLO, vous évoquez la préparation des repas chez les femmes des milieux précaires et le fait que les courses sont l'occasion d'acheter des aliments plaisirs.

Mme Ana MASULLO

En milieu précaire, la recherche du plaisir s'inscrit dans le court terme. Les enfants se voient proposer des aliments peu recommandés au niveau nutritionnel, mais en ayant le choix alors que les contraintes sont par ailleurs nombreuses. Les journées des femmes au foyer sont parfois rythmées par les enfants. Le plus souvent, cependant, elles sont déstructurées. Les femmes ne prennent pas toujours le temps de s'asseoir avec eux pour manger, ce qui crée des situations de grignotage.

De la salle

Concernant le surpoids, je m'étonne que la génétique ne soit pas évoquée. Par ailleurs, je viens de l'Est de la France, dont l'alimentation traditionnelle est relativement grasse et lourde (charcuterie, pommes de terre...). Les spécificités régionales sont ancrées dans les habitudes alimentaires, sans parler des régions extérieures à la France. L'aspect culturel doit aussi être pris en compte. S'agissant de la précarité et en se référant à la hiérarchie des besoins dans la pyramide de Maslow, reste-t-il un revenu disponible une fois les besoins alimentaires satisfaits ? Arrive-t-il que l'alimentation passe après d'autres besoins (achats de téléphone portable, etc.) ?

Pr Serge HERCBERG

Il ne faut pas limiter la nutrition à l'obésité et au surpoids. La nutrition est un facteur de protection contre de nombreuses maladies chroniques, dont la plupart sont multifactorielles. Les facteurs environnementaux et génétiques sont importants. Le facteur alimentaire l'est également et nous avons au moins le pouvoir d'agir sur le contenu des assiettes

Les traditions culturelles sont par ailleurs importantes en nutrition. Elles persistent à l'époque de la mondialisation. Elles sont souvent intéressantes. Les produits de terroir ne sont pas toujours favorables à la santé, mais ils sont intéressants sur le plan nutritionnel. La part croissante des produits transformés et des aliments marquetés les a fait régresser. Les traditions culturelles dissimulent aussi des indicateurs économiques et de santé différents, par exemple, entre le Nord et le Sud de la France.

Mme Ana MASULLO

L'alimentation ne peut se réduire à la nutrition et à la santé du corps. Elle possède une dimension sociale liée à de nombreux éléments, notamment culturels et identitaires. Si la pyramide de Maslow peut être utile pour conceptualiser, elle s'avère néanmoins réductrice pour comprendre une alimentation qui n'est pas choisie en fonction des besoins physiques. Dans les milieux précaires, pouvoir s'offrir des produits plaisirs et qui marquent une appartenance à la société est important. Il faut donc situer les comportements alimentaires dans un contexte plus large.

De la salle

La malnutrition n'est pas nécessairement liée à l'obésité, et l'excès de sucre ne se trouve pas seulement dans les populations précaires, mais aussi dans les classes moyennes. Elle n'est pas facile à maîtriser et certaines femmes peuvent boire dix cafés sucrés par jour. Une femme qui consomme trop de sucre va transmettre cette habitude à ses enfants, sans nécessairement entraîner de surpoids ou de manifestation extérieure. Quels conseils peut-on lui donner ?

Pr Catherine CHAUSSAIN

La consommation excessive de sucre, même si elle ne se traduit pas par du surpoids, aura des conséquences à terme. La santé bucco-dentaire est une bonne façon d'éduquer les patients.

Pr Serge HERCBERG

Il faut effectivement être conscient que la malnutrition ne se limite pas à l'obésité. Le fait de ne pas être obèse ne signifie pas qu'on soit en bonne santé. La probabilité d'avoir accès à une alimentation moins

grasse, sucrée et salée est plus forte dans les populations favorisées, sans que cela ne signifie que la consommation de sucre soit propre aux classes populaires. La difficulté est que les consommateurs et mères de famille n'ont pas toujours conscience de la proportion de gras, de sucre et de sel présente dans les aliments. Notre discours ne consiste pas seulement à encourager une consommation moins grasse, moins salée et moins sucrée car la prévention nutritionnelle ne se limite pas à la responsabilité individuelle. Nous tentons aussi d'agir auprès des industriels pour qu'ils réduisent les teneurs en sucres, en gras et en sel dans leurs produits. Une marque de soda très connue, par exemple, a réduit la teneur en sucre de ses produits de base, sans atteindre toutefois un niveau qui lui permette une communication sur le sujet. Les consommateurs n'ont pas senti la différence. Il faut donc informer sur les risques, tout en menant des actions de santé publique auprès de différents acteurs.

De la salle

Notre société s'entoure de codes et connaît une perte du savoir transmis par les mères, par exemple en cuisine. En poussant le raisonnement à l'extrême, le temps du repas n'existe plus parce que la place du repas n'existe plus. J'ai accompagné mon épouse dans le choix d'une cuisine : l'équipement présenté par le vendeur ne prévoyait plus de bac de lavage pour les légumes, mais il incluait une table dépliant avec trois micro-ondes et une tablette Internet. Aujourd'hui, qui peut gérer l'éducation alimentaire ?

Pr Serge HERCBERG

Nous ne pouvons pas agir sur l'évolution naturelle des sociétés. La recommandation de déjeuner ensemble avec la télévision éteinte n'aura pas d'impact sur une famille si ce n'est pas adapté à son mode de vie. Nous devons faire de l'éducation qui ne soit pas normative mais pragmatique. Faire la cuisine a pu être dévalorisant à une époque mais le nombre d'émissions culinaires témoigne d'une demande. L'éducation doit apporter des repères, appropriables et adaptables par les individus à leur mode de vie. Un repas pris en famille est un élément favorable, sans être une obligation. Indépendamment du mode de vie et des goûts, il est possible de transmettre des repères compatibles avec la santé et le plaisir. Le sucre, par exemple, a longtemps été présenté comme une source de plaisir alors qu'une alimentation saine serait ennuyeuse. L'idée est de revaloriser l'alimentation en rassurant sur le fait qu'une alimentation saine peut aussi être source de plaisir. Les produits sucrés ne doivent pas être une récompense. Nous tentons de faire de l'éducation, tout en étant conscients de ses limites. Nous allons vers des actions de proximité, en nous appuyant sur les travailleurs sociaux, les associations et les collectivités territoriales.

Dr Jacques WEMAERE

Comment les femmes en situation de précarité, et qui connaissent les règles nutritionnelles des campagnes d'information publique, peuvent-elles les adapter à la consommation alimentaire de leur famille ?

Mme Ana MASULLO

Ces femmes entendent effectivement les messages sur la santé. Cependant, ceux-ci sont si nombreux qu'il devient difficile de différencier ceux qui proviennent de l'industrie alimentaire des messages de santé publique. La difficulté est de trouver une motivation à même de modifier les pratiques. La pression du conjoint et des enfants est forte et un effort est à faire pour intégrer cette catégorie de la population dans le plaisir de l'alimentation. Certaines mères pensent que l'alimentation française est celle de la cantine (poisson pané, par exemple). L'éducation alimentaire ne passe pas seulement par les professionnels de santé : les travailleurs sociaux, les collègues, les voisins, etc. sont autant de moyens pour agir sur l'alimentation, au-delà des leviers formels dont l'efficacité n'est pas certaine.

Pr Catherine CHAUSSAIN

Dans votre étude, les enfants des mères au foyer des milieux précaires ont-ils accès à la cantine ?

Mme Ana MASULLO

Les aides à la cantine ne sont pas toujours accessibles, même lorsqu'elles existent. Les femmes précaires finissent effectivement par nourrir leurs enfants à la maison. A partir de trois enfants, il est plus rentable de leur préparer à manger que de les envoyer à la cantine. Il serait intéressant de les inviter à découvrir d'autres manières de cuisiner et de les intégrer dans une alimentation générale plus saine.

De la salle

L'étude Nutrinet tient-elle compte des comportements individuels ?

Pr Serge HERCBERG

Les études sur les ménages masquent des disparités importantes. Nutrinet est une étude individuelle menée sur Internet, en sachant que 75 % de la population française a accès à Internet, 25 % des internautes font partie de catégories socio-économiques défavorisées et 7 % sont chômeurs. C'est une proportion moins élevée que dans la population mais nous avons quand même accès à une population hétérogène. Nous avons besoin de la participation de toutes les catégories. Dans les enquêtes sur la santé bucco-dentaire, nous tentons aussi d'explorer les liens entre la pratique et de multiples facteurs.

De la salle

Avez-vous étudié la manière d'améliorer la réception des messages de l'école chez les familles précaires ?

Mme Ana MASULLO

La question est difficile et il n'existe pas de solution préétablie. Les messages passent par différents canaux et relais. La défiance vis-à-vis du corps médical complexifie la réception de ses messages. A l'école, écrire une lettre est un mode de communication dépersonnalisé qui peut être ressenti comme un rappel à l'ordre. En outre, l'institution scolaire n'est pas valorisée par les personnes en difficulté qui peuvent avoir rencontré des difficultés dans leur scolarité. Je peux donc comprendre les difficultés de réception de ces messages. Le mieux serait sans doute de passer par des actions de proximité et de s'appuyer sur des relais en lesquels les familles ont confiance,

Pr Catherine CHAUSSAIN

J'ai trouvé un mot d'un animateur de l'UFSD dans le carnet de correspondance de mon enfant sur une carie dentaire ! C'est effectivement difficile à recevoir... Parmi mes patients, la majorité est adulte. Nous recevons aussi des enfants dont l'obésité trop importante conduit à envisager la chirurgie. Je me souviens d'une famille dont tous les membres étaient minces à l'exception d'un enfant. Celui-ci avait été repéré par les services sociaux de l'école et les parents avaient été convoqués. Accusés de maltraitance, ils s'étaient vus soustraire la garde de l'enfant. Or celui-ci souffrait d'une maladie génétique. Si l'école est un moyen de repérer un problème, je ne suis pas certaine pour autant que ce soit la solution car les démarches engagées peuvent aller très loin.

Pr Serge HERCBERG

Faut-il dépister si l'on est incapable d'assurer une prise en charge ? Il peut être contre-productif de dépister si l'aval n'est pas assuré. Il importe d'améliorer la communication en veillant à éviter la culpabilisation et d'informer, au-delà des dangers, sur les gestes utiles.

De la salle

Les problèmes alimentaires ne résultent-ils pas d'une grande ignorance ou d'un oubli du sens de l'alimentation ? Les milieux précaires et favorisés ne se rejoignent-ils pas dans l'ignorance de l'utilité de l'alimentation et du fonctionnement du corps ? Introduire la dimension scientifique de l'alimentation à l'école et dans les animations de quartier pourrait être utile. Recommander de consommer cinq fruits et

légumes sans explication, par exemple, n'atteint pas nécessairement l'objectif. Il conviendrait de rappeler le fonctionnement du corps et la fonction primaire de l'alimentation, qui n'est pas d'être gros ou maigre. La première fonction de la dent, par exemple, est de mastiquer et non d'être esthétique. Dans les restaurants d'entreprise, je constate que l'ignorance est partagée.

Pr Serge HERCBERG

L'alimentation n'est pas uniquement biologique. Elle couvre de multiples besoins et on ne peut la limiter aux aspects physiologiques. La connaissance des nutriments et leur digestion est très détaillée à l'école, peut-être trop. Il faudrait peut-être se limiter à communiquer sur les grands repères de consommation. La politique de santé publique n'est pas uniquement du ressort de l'individu, qui en fait est dépendant d'un environnement marqué par la publicité et dont les comportements sont liés à des facteurs sociaux et culturels. Je ne suis pas certain qu'il soit efficace de détailler un discours sur les nutriments. Il est préférable de faire passer des messages simples sur les aliments et les comportements favorables à la santé et de rappeler le rôle des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, tout en étant conscient d'un environnement plus vaste. Recommander uniquement de façon abrupte de consommer des fruits et légumes aux personnes qui n'en ont pas les moyens a peu de chance d'être efficace.

De la salle

En principe, les cantines scolaires préparent des repas équilibrés et cherchent à éduquer les enfants. Or la quantité de légumes jetés chaque jour est très élevée. Les enfants ne les mangent pas parce qu'ils ne les aiment pas et on ne peut leur reprocher de ne pas apprécier le goût d'un poireau noyé dans la béchamel ou de fruits verts. Ils ont un quart d'heure pour avaler leur repas. Les dents ne servent pas beaucoup dans ce contexte.

Pr Serge HERCBERG

Les normes nutritionnelles dans la restauration scolaire sont récentes et la loi ne sera appliquée qu'à la rentrée 2013. Il ne suffit pas de donner des consignes de répartition des fruits et légumes dans les menus, encore faut-il améliorer l'offre alimentaire par l'information des cuisiniers, des gestionnaires, des économistes, des enseignants... C'est un travail de longue haleine. Cette dynamique demande du temps et une participation des municipalités.

De la salle

Vous évoquez la responsabilité des industriels. Une nouvelle loi est prévue sur l'alimentation en fin d'année. Pensez-vous qu'il faille aller plus loin en matière d'étiquetage nutritionnel ?

Pr Serge HERCBERG

Il faut aller plus loin, mais pas seulement dans l'étiquetage car les limites de cette approche sont connues. Il faut agir au niveau de la conception des produits industriels. Une soupe industrielle, par exemple, comporte actuellement 5 à 7 % de sel de moins qu'il y a dix ans, sans que les consommateurs ne s'en rendent compte. L'information et la communication doivent être améliorées. Cependant, elles ne suffisent pas à modifier les comportements. Il faut agir plus en amont, ce qui relève de la responsabilité des industriels et des pouvoirs publics.

De la salle

Je travaille sur la santé scolaire à la ville de Grenoble. Nous avons développé un plan d'action sur la prévention de l'obésité et la santé bucco-dentaire. Ces deux dimensions ne sont pas dissociées. Nous avons mis en place des dépistages dans les écoles, un suivi par des professionnels et un réseau de prise en charge. La santé scolaire est très importante pour rencontrer les parents. Nous obtenons ainsi de bons résultats.

Table ronde n°2 :

Alcool, tabac, drogues, médicaments...
Femmes sous influences ?



Avec la participation de :

Serge KARSENTY,

*Sociologue, chercheur honoraire au laboratoire CNRS
«Droit et changement social », Coordinateur du groupe d'expertise
«Chiffres et Tendances de l'Alcool» et Président de l'Alliance
Prévention Alcool,*

Dr Catherine SIMON,

*Secrétaire générale adjointe de l'ANPAA (Association Nationale de
Prévention en Alcoologie et Addictologie),*

Dr Anne-Marie LERAY,

Chirurgien-dentiste,

Dr Elisabeth PFLETSCHINGER,

*Chargée de mission santé à la MILDT (Mission Interministérielle
de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie), pharmacien,
inspecteur de santé publique*

Serge KARSENTY

Le titre de votre colloque me rappelle une réplique de Dustin Hoffman dans le film « Kramer contre Kramer ». Lorsque sa femme l'abandonne et qu'il doit préparer le petit déjeuner de son fils de sept ans pour la première fois, il s'énerve beaucoup et lâche : « Mais comment font-elles ?! »

En exergue, j'aimerais préciser que, comme l'écrivait France LERT de l'Inserm « Pour toutes les substances, pour tous les groupes d'âge, pour tous les indicateurs, les femmes consomment moins que les hommes » (éditorial, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 10 mars 2009, n° thématique "Femmes et addictions"). C'est parfaitement exact à l'exception des anxiolytiques et antidépresseurs pour lesquels cette affirmation est inversée.

Nous allons essayer de nous expliquer cette sous-consommation relative.

D'une part, « Les femmes considèrent la santé comme un capital à préserver, les hommes, la voient plutôt comme un carburant à consommer ». C'est la conclusion que j'avais tirée d'une analyse des résultats du Baromètre Santé focalisée sur les hommes (La santé des hommes dans le Baromètre santé 2000, INPES, colloque de présentation à la presse, printemps 2004). Elles achètent davantage de magazines de santé et vivent plus longtemps, tout en déclarant plus souvent aller moins bien que les hommes, parce qu'elles ont justement des aspirations à une meilleure santé alors que les hommes se satisfont davantage de ce qu'ils ont. Elles consomment moins de substances psychoactives car elles font plus attention à leur santé.

D'autre part, les femmes ont une position particulière vis-à-vis des lois. Elles sont beaucoup moins nombreuses en prison. Dans une échelle de l'illicite à l'ultra-licite, les femmes refusent plus souvent les transgressions du droit (usages de drogues illicites). Lorsqu'elles les acceptent, l'explication est souvent à rechercher du côté du partenaire masculin. Elles refusent aussi plus souvent les consommations génératrices de violence ou de perte de contrôle de soi (alcool). En revanche, elles acceptent plus souvent les consommations ultra-licites cautionnées par l'ordonnance médicale et supposées, en outre, être « bonnes pour la santé » (médicaments psychoactifs).

Dans les soixante dernières années, on ne constate pas de sous-consommations, relativement aux hommes, qui seraient dues à un marquage de genre trop fort du côté masculin. Le tabac est d'ailleurs un exemple qui montre que l'inhibition due à un tel marquage qui a existé dans le passé n'a pas résisté à la vague culturelle d'égalisation des sexes. Le tabac fut socialement réprimé et réprouvé pour le genre féminin jusqu'aux années 60. Sauf dans l'aristocratie et chez les artistes. Mais on pourra y voir justement une anticipation émancipatrice. Les femmes qui fumaient alors ont toujours été considérées comme marginales et le statut d'artiste venait confirmer cette marginalité.

Depuis 40 ans, cependant, les consommations des femmes bougent en valeur relative par rapport aux hommes : cannabis, tabac et alcool sont observés chez les femmes à des niveaux qui ne correspondent pas au modèle stable santé/licéité/féminité. Chaque fois, toutes les variables qui mesurent ces phénomènes ne sont pas à la hausse de façon homogène. Pour le cannabis, les usages réguliers (10 fois par mois) sont bien moins nombreux chez les jeunes filles que chez les garçons de même âge (3,4 % versus 9,5 % dans l'enquête Escapad 2011), mais l'expérimentation du produit est beaucoup mieux partagée (38,9 % versus 44 %). Les jeunes filles semblent gérer astucieusement leurs craintes de l'aspect illicite et destructeur de santé associées au cannabis. Elles en prennent une fois, en expérimentation, pour répondre à une forte pression sociale mais on ne les retrouve plus en aussi grand nombre parmi les usagers réguliers.

Le tabac est la substance psychoactive qui a le plus résisté au modèle santé/licéité/féminité dont nous posons l'hypothèse qu'il a généré des sous-consommations relatives. C'est le produit qui a le plus profité de l'aubaine de l'émancipation féminine et de l'égalisation des statuts. Dix-sept pour cent des femmes majeures fumaient quotidiennement en 1953. En 1980, la proportion est la même. Elle passe à 26 % en 2010 (15-75 ans), soit + 53 % en 30 ans. Le moment déclencheur se situerait en 1972 : les jeunes filles de 14 ans ont commencé à fumer dans les collèges d'une façon incomparable avec les décennies précédentes. Elles ont rattrapé les garçons.

Concernant la prévalence générale du tabagisme féminin, entre 1980 et 2000, les journalistes me demandaient souvent pourquoi les femmes fumaient “de plus en plus”. Je leur répondais que ce n’était pas un phénomène en cours, qu’elles avaient simplement rattrapé les hommes définitivement dans les années 70 pour les jeunes générations, puis fumaient comme eux. Elles augmentaient ou diminuaient ensuite leur prévalence de manière similaire aux hommes. Si l’on regarde la courbe des prévalences des jeunes de 12 à 18 ans entre 1977 et 2003, on constate une parfaite égalité entre filles et garçons, avec une diminution générale des prévalences au cours de la période. Mais les journalistes tendaient toujours à considérer qu’une année donnée, un pour cent de fumeuses supplémentaires par rapport aux fumeurs était un événement qui méritait un gros titre, sans évoquer une inversion des taux l’année suivante, car le fait que les garçons fument davantage que les filles n’était pas un événement.

Parmi les substances psychoactives, la barrière sociale de genre n’a pas tenu pour le tabac. En 1972, ses méfaits étaient encore peu communiqués. Les jeunes filles ne pouvaient donc être sensibles à l’argument de la santé. Le tabac a été adopté pour sa valeur de signe d’égalité, sans être considéré comme un facteur de maladie. L’évolution des prévalences par sexe de 1953 à 2010 montre que le nombre de fumeurs réguliers tend à décroître jusqu’en 2008, tandis que celui de fumeuses régulières tend à croître à cause d’un effet de cohorte à rechercher dans le bouleversement brutal des années 70 ; une jeune fille entrée dans le tabagisme à l’adolescence continuant ensuite à fumer pendant 40 ans et remplaçant les générations de non fumeuses qui disparaissent. Enfin, comme pour toutes les substances addictives, le tableau des causes de leur initiation chez un individu ne présage pas de l’histoire addictive qui se déroulera ensuite.

Concernant l’alcool, les consommations des femmes sont toutes inférieures à celles des hommes, avec cependant deux exceptions dynamiques, à savoir la fréquence des ivresses chez les jeunes filles qui tend à rattraper celle des garçons, et les niveaux de consommation chez les femmes cadres et/ou de niveau d’instruction supérieur. L’alcool aurait ainsi une valeur de signe d’émancipation et il serait normal qu’il intéresse d’abord les classes favorisées. Mais il faut aussi penser à d’autres causes plus pratiques : le stress inhérent aux situations de travail des femmes cadres et l’accès à un pouvoir d’achat qui permet de consommer des vins raffinés, du champagne et des cocktails, sans oublier qu’une vie active de cadre supérieur multiplie les occasions souvent incontournables de boire avec des collègues masculins.

Enfin, si l’on veut évoquer la perspective d’une psycho-activité qui a un bel avenir chez les femmes, je citerais volontiers les endorphines produites par l’activité sportive. L’activité sportive concilie licéité, santé et absence d’un marquage de genre, sauf peut-être pour certains sports, mais il de plus en plus difficile de trouver des sports interdits aux femmes. En outre, cette activité reste flexible pour tous les retours souhaités à un marquage de genre signant la féminité. Il y a plus de femmes dans les salles de yoga et de danse que sur les stades. Tout sport peut être pratiqué d’une façon féminine, qui ne néglige pas les soucis de beauté et de distinction. En effet, les femmes adoptent les marqueurs d’égalité, tout en souhaitant conserver une féminité et une identité de genre, ce qu’ont, par exemple, très bien compris les producteurs d’alcool et de tabac.

Dr Catherine SIMON

J’aimerais compléter le titre de cette table ronde de la manière suivante : « Femmes sous influences : actrices ou victimes ? » La consommation des produits recouvre probablement une quête de parité. Elle reflète la place sociale prise par la femme en politique et dans le monde professionnel, décalée par rapport à la place qui lui était dévolue au sein du foyer familial. Elle reflète également l’émancipation sexuelle à partir de 1968.

De fait, la sexualité est un élément important à prendre en compte. Le corps de la femme est utilisé pour susciter du désir. Citons l’exemple d’une marque de céréales qui symbolise les pépites de chocolat de son produit par un buste de femme. De même, une publicité pour des préservatifs vante le plaisir à travers une jeune femme brune avenante, vêtue d’une tenue séduisante, qui laisse rêver. La pression sociétale s’illustre également dans une publicité d’un distributeur de produits surgelés qui reprend le mot « addict » pour des macarons. Dans la société actuelle, ne pas être addict reviendrait presque à être malade... Il importe de bien

mesurer l'impact de la société et des images auxquelles tout individu est exposé.

La question de l'addiction amène à aborder la dimension temporelle. A quel moment prenons-nous le temps de nous poser ? C'est un temps que nous devrions revendiquer, car il permet le lien social. Nous l'avons appris dans notre premier milieu familial. Ce sont des fondamentaux sur lesquels l'individu peut s'appuyer pour se lancer dans la vie sociale. En tant que praticiens, nous pourrions aussi nous poser la question du temps des consultations. Prendre le temps d'écouter et d'échanger est indispensable pour dépister les conduites addictives et faire de la prévention.

Dr Anne-Marie LERAY

S'agissant des conséquences bucco-dentaires des addictions, je commencerai par rappeler plusieurs effets physio-pathologiques liées au tabac. Tout d'abord, il exerce un effet de vasoconstriction lié à la nicotine, avec une moindre oxygénation des tissus, qui explique un retard de cicatrisation. Ensuite, le tabac a des effets sur la plaque bactérienne, en qualité et en quantité : on constate plus de dépôts de plaque et plus d'espèces bactériennes parodonto-pathogènes. De plus, le tabac influence la réponse de l'hôte, avec une immunité retardée ou altérée. Enfin, il exerce une action sur les cellules buccales, en particulier les fibroblastes qui fabriquent la matrice gingivale. Le tabac réduit la synthèse de matrice et favorise sa dégradation. Concernant les effets physio-pathologiques de l'alcool, il faut distinguer les effets indirects (comportement nocif du patient vis-à-vis de sa bouche du fait d'un désinvestissement social et personnel), des effets directs sur la cavité buccale. L'alcool est toxique vis-à-vis des plaquettes, des cellules de l'immunité et de la fonction hépatique. Il augmente la dilution des substances toxiques et rend les cellules perméables à d'autres substances toxiques comme le tabac. Enfin, l'alcool compromet la réparation osseuse et entraîne des retards de cicatrisation.

Comprendre les effets physio-pathologiques du tabac ou de l'alcool permet de comprendre les conséquences de ces addictions sur la santé bucco-dentaire. Au-delà de l'altération du goût, de l'haleine, de l'odorat et d'une plus grande susceptibilité aux candidoses trois grands thèmes vont être ici davantage développés.

Tout d'abord examinons les relations entre les conduites addictives et les maladies parodontales. Une parodontite est une infection de la cavité buccale induisant une réaction inflammatoire inappropriée. Cela se traduit par une perte de soutien de la dent. L'ensemble des études épidémiologiques montrent que la parodontite est très répandue et doit être considérée à ce titre comme un vrai problème de santé publique. Les symptômes sont nombreux et les effets invalidants, à la fois inesthétiques et fonctionnels ; inflammation de la gencive, mobilité voire perte des dents. On comprend alors aisément l'altération de l'image de soi, ainsi que des problèmes de mastication et de nutrition. La maladie parodontale ne se limite pas à des effets locaux, elle a des répercussions sur l'état général (diabète, maladies cardio-vasculaires).

La parodontite est une maladie infectieuse, complexe car multifactorielle. Le tabac reste le facteur de risque aggravant majeur : les parodontites sont quatre fois plus nombreuses chez les fumeurs. Plus la quantité de cigarettes augmente, plus la prévalence de la maladie parodontale est élevée. Celle-ci augmente aussi avec l'âge de début du tabagisme et l'ancienneté du tabagisme. L'alcool est également un facteur de risque aggravant. Si les données cliniques sont moins nombreuses, l'existence d'un lien entre la consommation excessive d'alcool et les formes sévères de maladies parodontales est néanmoins démontrée.

Outre les maladies parodontales, on connaît les effets des conduites addictives sur les thérapeutiques implantaire. Le taux d'échec implantaire (absence d'ostéointégration) est supérieur chez les fumeurs et la consommation d'alcool est susceptible de réduire la capacité d'implantation. De plus, le risque de péri-implantite (perte de soutien osseux autour de l'implant) est augmenté en cas de consommation d'alcool ou de tabac.

Enfin, considérons le troisième volet des conséquences des conduites addictives sur la cavité buccale. Les conduites addictives sont des facteurs de risque de cancers buccaux. Les résultats du baromètre cancer Inpes-Inca 2010 montrent que les Français ont une perception plus accrue des facteurs de risque de cancer,

tout en les relativisant pour eux-mêmes. Le cancer de la bouche représente une part majoritaire des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Il est le 14^{ème} cancer en termes de fréquence chez la femme et le 4^{ème} chez l'homme. Le facteur de risque de cancer de la bouche le plus important reste le tabac. La consommation moyenne quotidienne, l'âge de début du tabagisme et la durée du tabagisme sont des données importantes. En cas d'association avec l'alcool, les risques de cancer sont multipliés. Ces données sont amenées à évoluer en raison du rattrapage féminin du tabac et du fait que les conséquences cliniques d'une addiction sur la santé apparaissent ultérieurement, dans un délai de trente ans.

En conclusion, la santé bucco-dentaire est un marqueur de l'état de santé générale et le chirurgien-dentiste a pour rôle de promouvoir la santé et le bien-être du patient. Au-delà de la fonction de thérapeute, le métier du chirurgien-dentiste évolue vers la fonction d'éducateur. L'enjeu est de repérer, prévenir et soigner en fonction de la pathologie et des risques et de maintenir les résultats dans le temps.

Dr Jacques WEMAERE

Je vous propose à présent de débattre de la conduite à tenir du professionnel en matière de dépistage, de prévention et de suivi des pathologies bucco-dentaires liées aux addictions.

Dr Elisabeth PFLETSCHINGER

En matière de repérage précoce et d'intervention brève, la DGS a subventionné des formations chez les pharmaciens d'officine ; de manière concrète, en dix minutes, une dame venant acheter un test de grossesse se voit sensibilisée aux conséquences d'une consommation d'alcool et de tabac sans culpabilisation. Des études scientifiques montrent qu'une personne a davantage de chances d'être dépendante d'un produit lorsque sa mère était consommatrice pendant sa grossesse. Il faut savoir que les femmes sont a priori autant consommatrices de cocaïne, d'héroïne et de crack que les hommes. Elles s'excluent parfois des structures spécialisées d'accueil. Elles redoutent en effet la violence, l'incitation à la prostitution et la rencontre des dealers. Elles ont besoin d'aide pour leurs enfants : besoin d'un accueil sans craindre de se voir retirer leur garde. La MILDT tente de développer les accueils de jour ouverts uniquement aux femmes ou les accueils destinés aux mères avec enfants. J'ai réalisé que souvent les professionnels de santé ignoraient l'existence de structures spécialisées dans l'addiction et ne pouvaient donc orienter utilement leurs patients. Nous travaillons donc à la sensibilisation des professionnels de santé à l'addictologie et aux modes de prise en charge. C'est important pour faire passer le message et pour avoir une couverture territoriale complète de la prise en compte de cette problématique, tous les professionnels de santé étant concernés, les chirurgiens-dentistes en particulier.

Dr Jacques WEMAERE

Vous avez précisé qu'il existe une exception en matière de consommation de produits : l'alcool. Nous constatons l'apparition de la pratique du binge drinking ou « biture express ». Comment les professionnels de santé peuvent-ils protéger les jeunes, notamment les jeunes filles exposées à des rapports sexuels non consentis ?

Serge KARSENTY

Les pouvoirs publics ont été alertés sur le manque de lisibilité de la réglementation relative à la vente d'alcool pour les mineurs. Nous avons passé l'interdiction de vente de 16 à 18 ans et l'application de cette mesure par les débitants est en cours d'évaluation. Je souhaite que des enquêtes avec clients-mystères , comme il en a existé sur le tabac, soient réalisées sur l'alcool. Les pouvoirs publics peuvent donc jouer sur l'accessibilité des produits, en tentant d'agir sur l'âge limite. Nous avons réalisé des progrès sur la notion d'open bar, mais il en reste à faire. Avant 2009, les bailleurs des lieux de soirée surenchérisaient sur l'existence d'un open bar. Les bureaux d'étudiants, notamment dans les grandes écoles, se concurrençaient sur la quantité d'alcool à disposition dans les soirées. Certains comportements commencent à être « dénormalisés », mais cela prend du temps, en raison de la normalité de la consommation d'alcool en

France. Il faudra d'autres moyens que des textes de lois pour agir. L'action par les pairs est importante à cet égard. Notons que de plus en plus de jeunes ont envie, de façon solidaire, que ces pratiques cessent.

Dr Anne-Marie LERAY

Comme les femmes, les jeunes sont à la fois acteurs et victimes. Les produits proposés sont nombreux et il est tentant de se tester à l'adolescence au sein d'un groupe. Les interventions en milieu scolaire et dans les structures associatives doivent tenir compte du fait qu'il y aura expérimentation et partir de la réflexion des jeunes pour voir comment ils se mettent en sécurité par rapport aux expériences qu'ils veulent tenter. Il s'agit de tester les notions qu'ils maîtrisent et d'étudier les règles des pairs pour se mettre en sécurité. Les accidents se produisent souvent en cas d'alcoolisation de tous les participants si personne n'a pensé à s'abstenir. Les jeunes sont aussi capables de s'organiser, comme le montre l'initiative des capitaines de soirée. Il importe donc d'être à leur écoute pour mieux les accompagner. Chez les jeunes filles, la consommation de produits à l'adolescence est liée à l'identité sexuelle et sexuée, à la relation à l'autre, y compris dans sa dimension sexuelle. Nous rencontrons des jeunes filles dont la première expérience sexuelle a lieu sous alcool et qui ne l'auraient pas fait sans consommation.

De la salle

En tant que père de trois filles, je constate une évolution importante. Les enfants veulent tout et plus vite, y compris en matière de consommation d'alcool. Ils manquent de repères au sein d'un groupe. Il s'agit de boire le plus vite possible pour être le mieux. Je suis confrontée à des jeunes femmes de 20 ans à l'université, que je qualifierai « d'hyper femmes », dans le sens où elles se sont affranchies de toutes les barrières dans une société où les « hyper hommes » ont disparu. Nous nous retrouvons face à une évolution de société où les liens ne s'établissent plus qu'entre une population « d'hyper femmes » et de « sous-hommes ». Ce décalage est un signe d'alerte.

Par ailleurs, dans notre activité de chirurgien-dentiste, nous avons de multiples programmes de prévention. J'aimerais que nous sortions de ce colloque avec des repères pour chaque âge, afin d'intégrer les points sur lesquels nous devons insister en consultation. Il serait également utile d'indiquer une liste des structures partenaires.

Serge KARSENTY

Les experts débattent du sujet. Les industries alcoolières ont beaucoup profité des repères « OMS » (2 verres par jour pour les femmes, 3 pour les hommes), alors que l'OMS n'a jamais édité ces normes. Il n'existe pas de dose absolument inoffensive. Le message est désormais que, "moins c'est mieux" car les repères donnés en termes de limites à ne pas dépasser, conduisent les personnes à penser qu'une consommation est inoffensive en dessous de ces repères.

Par ailleurs, il convient de distinguer l'envie d'expérimenter des jeunes et les dangers auxquels ils s'exposent par une consommation régulière. Pour le cannabis, les filles se sont bien débrouillées : elles testent sans poursuivre. Pour l'alcoolisation express, il faut intégrer qu'une expérience n'est pas un drame si elle n'est pas renouvelée. C'est la répétition des habitudes au sein du même groupe sans contrôle de soi qui est dangereuse. Je pense que ce langage peut être entendu des jeunes.

Dr Catherine SIMON

A ce sujet, il faut aussi prendre en compte l'utilisation de l'alcool pour s'extraire du temps et des pressions familiales, sociales et scolaires. Une réflexion mériterait d'être menée sur la manière dont les jeunes vivent. Ceux qui se retrouvent dans des situations scolaires dévalorisées ont tendance à consommer davantage de tabac, par exemple. La question de la place sociale qui leur est accordée est à poser, de même que le droit de ne rien faire. Certains parents accompagnent leurs adolescents en pensant qu'il faut que jeunesse se passe ; ce sont aussi ceux qui sont en fête tous les week-ends. Le message familial, sans être énoncé, est ainsi transmis par les comportements des parents et grands-parents. Ce sont autant d'éléments à prendre en compte.

Dr Elisabeth PFLETSCHINGER

Concernant le binge drinking, une recherche intéressante est actuellement menée par Jean-Luc MARTINEAU qui décèle des tâches irréversibles dans le cerveau liées à l'alcoolisation massive. Cette pratique risque de laisser des traces.

De la salle

Vous paraît-il souhaitable de différencier le message de prévention des chirurgiens-dentistes en fonction du genre ?

Dr Anne-Marie LERAY

Chez la femme, la grossesse est l'occasion de repérer des consommations d'alcool excessives en sachant toutefois que la réalisation de l'entretien avec un chirurgien-dentiste le 4ème mois intervient tardivement. En addictologie, toutes les occasions sont bonnes pour repérer des conduites à risques. Les auto-questionnaires en périnatalité sont aussi un outil de repérage des consommations. Les femmes peuvent les déclarer, mais pour peu que les professionnels soient seuls ou mal à l'aise avec le sujet, ils vont poser des questions fermées (« vous ne consommez pas d'alcool ? »). Un gynécologue m'a ainsi déclaré : « Je lui ai demandé si elle consommait du cannabis. Elle m'a répondu oui. Quelle idée j'ai eu ! ». Il faut que le professionnel de santé puisse passer le relais et se sente en sécurité dans son intervention et dans l'assurance d'une continuité de prise en charge.

Serge KARSENTY

Ma conviction est qu'il ne faut pas marquer les messages en fonction du genre, au sens d'interdire des pratiques sous prétexte que les jeunes filles sont des filles. Les arguments contre les substances psychoactives sont suffisamment nombreux pour les deux sexes.

De la salle

Nous sommes dans une société de la performance. De ce point de vue, les animateurs de la télévision et les artistes peuvent montrer l'exemple. N'existe-t-il pas une pilule du bonheur capable d'accroître les performances, sous forme de complément alimentaire ? Dans la mesure où les hommes ont une constitution plus solide que les femmes, pourriez-vous leur donner l'autorisation de consommer davantage que les femmes ? Concernant les open bar, les professeurs sont souvent désemparés devant la réaction des étudiants qui se sentent obligés de s'alcooliser pour pouvoir se désinhiber et s'amuser. Nos études nous inhibent-elles ? Notre société forme-t-elle de futurs cadres inhibés ? Enfin, 78 % des apports caloriques journaliers seraient utilisés pour maintenir la température corporelle. Plutôt que de faire un régime, ne pourrions-nous pas nous allonger sur un transat en attendant que ça passe ?

Dr Elisabeth PFLETSCHINGER

Une étude démontre que les étudiants s'alcoolisent davantage que les jeunes du même âge entrés dans la vie active.

Serge KARSENTY

Toutes les drogues ont un marché ouvert à partir du moment où les individus sont angoissés par leur avenir. Deux ressources sont alors importantes : la solidarité du groupe social et l'estime de soi. Chacun doit être persuadé qu'il possède en lui les ressources pour affronter les périodes d'incertitude sur l'avenir. Il n'est pas indispensable de passer par les substances psychoactives pour oublier ses problèmes.

Dr Catherine SIMON

La pilule, c'est penser que le bonheur vient de l'extérieur alors qu'il vient de l'intérieur et doit se cultiver, notamment par le fait de prendre le temps de se poser et de réfléchir à sa vie. Dans notre société actuelle,

nous sommes rapidement mis sous pression sans prendre le temps de ne rien faire. Or s'ennuyer est aussi structurant.

Dr Jacques WEMAERE

En France, l'alcoolisme est associé à la virilité. Pour les femmes, l'association et la pression sociale exercée ne sont pas les mêmes. L'alcoolisme touche-t-il toutes les catégories de la population ou est-il ciblé en fonction des inégalités sociales de santé ?

Dr Catherine SIMON

L'alcoolisme touche toutes les catégories sociales, y compris chez les femmes. Il est vrai, cependant, qu'une femme qui boit supporte un regard social plus pesant, malgré les revendications de parité. Une femme alcoolodépendante aura davantage honte, car elle sera jugée sur ses capacités maternelles, y compris par les professionnels. Les contraintes sociales diffèrent réellement. Dans nos structures de soins, nous devons réfléchir autrement. Le soignant doit entendre l'importance des enfants pour une femme qui doit se soigner, sous peine de passer à côté de la rencontre. De plus en plus de mères viennent avec leurs enfants. En douze ans, je n'ai rencontré qu'un seul père avec enfant. Dans les structures d'hospitalisation, il n'existe qu'un centre d'addictologie pour accueillir les mères avec enfants. Lorsque l'alcoolodépendance est détectée, les femmes refusent de se soigner parce qu'elles doivent s'occuper de leurs enfants. Ce n'est que lorsque l'assistance sociale leur signifie qu'elles s'en occupent mal et qu'il y a risque de placement qu'elles acceptent de faire une démarche de soins. Une réflexion mérite d'être menée sur les rôles sociaux des hommes et des femmes.

Serge KARSENTY

Le fait que les femmes continuent à s'occuper davantage des enfants que les hommes explique aussi la moindre proportion de femmes consommatrices d'alcool. Lorsqu'elles sont dépendantes, les problèmes sont plus dramatiques car personne ne les soutient.

Dr Jacques WEMAERE

Les conduites addictives se transmettent-elles ?

Serge KARSENTY

Un enfant a plus de chance de devenir fumeur si l'un de ses parents fume. Pour l'alcool et les autres drogues, les recherches mettent en évidence l'influence de la vie intra-utérine. Si l'enfant est touché par la drogue, il risque de développer une dépendance ultérieure.

Dr Catherine SIMON

Stéphanie TOUTAIN a réalisé une étude sur les forums de discussion. Face aux discours disparates des professionnels et malgré l'information sur les dangers de l'alcool pendant la grossesse, les femmes s'appuient sur les croyances maternelles. Il peut y avoir alors une mère pour dire à sa fille qu'elle a consommé de l'alcool pendant sa grossesse sans conséquences apparentes. Il faut aussi tenir compte des liens affectifs.

Serge KARSENTY

Lorsque les mères transmettent des principes de nutrition à leurs filles que les médecins jugent inadaptés, ils parviennent à discréditer le discours des mères. En matière d'alcool, ce n'est malheureusement pas le cas.

Focus : la santé de la femme enceinte



Avec la participation de :

Pr NISAND,

*Gynécologue Obstétricien, Professeur de Sciences Humaines
à la Faculté de Médecine de Strasbourg et membre du Haut Conseil
de la Population et de la Famille (intervention filmée),*

*Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL,
Sage-femme de l'équipe du Pr NISAND,*

*Dr Jean-Philippe ROSET,
Chirurgien-dentiste, Chargé de mission à l'UFSBD*

Dr Jacques WEMAERE

Par l'intermédiaire d'une intervention filmée, nous allons céder la parole au Professeur NISAND, qui ne peut être parmi nous aujourd'hui. Nous développerons ensuite le sujet de la grossesse, avec un focus sur la place du bucco-dentaire dans le parcours de soins de la femme enceinte.

Pr NISAND (intervention filmée)

« J'ai un seul conseil à donner aux femmes : c'est de ne pas faire d'enfant trop tard. Je reçois cet après-midi trois femmes âgées de 40 ans et désirant être enceintes. Certaines apprennent avec surprise que leur réserve ovarienne est à zéro... La société a poussé les femmes à retarder les grossesses. Le premier CDI est à 28 ans et la fin de progression de carrière à 40 ans. C'est une épreuve terrible pour un couple que d'apprendre l'infécondité de la femme.

Un jour, j'étais assis à côté de Simone Veil. Je lui disais que lorsque j'étais interne, l'âge moyen de la première grossesse était 25 ans et que nous avons passé aujourd'hui 32 ans. Elle m'a répondu que c'était de la folie : elle avait eu quatre enfants, dont le premier quand elle avait 19 ans, sans que cela ne l'empêche de faire carrière. Il faut faire en sorte que nos enfants puissent faire des enfants tôt sans que ça n'obère leur carrière. Je crois qu'on est aussi bons parents jeunes que lorsqu'on est âgés.

Avec l'âge, tous les risques augmentent : prématurité, hypertension, pathologie maternelle, pathologie fœtale... Le coût du décalage des premières grossesses se chiffre en milliards d'euros. Quand j'étais interne, il naissait 300 enfants atteints de trisomie 21 ; aujourd'hui, il en naît toujours 300, mais nous en avortons 2 000 par an. Le diagnostic prénatal ne sert qu'à compenser les effets défavorables de notre société.

Nous constatons une augmentation linéaire de l'obésité hyper-morbide, qui diminue la fécondité et augmente les pathologies de grossesse. Les déséquilibres alimentaires se traduisent par des effets nocifs pour les femmes et les bébés.

En période d'anorexie, les femmes ne sont pas fécondes. L'anorexie mentale finit par altérer la capacité d'ovuler. Dans certaines situations, les anorexiques restent carencées, ce qui se traduit par des retards de croissance des enfants. Les modalités alimentaires se sont détériorées à la mode américaine du « couch potato », où l'on regarde la télévision en grignotant. Cette génération arrive en période de grossesse avec des effets néfastes.

La situation en France reste moins grave qu'aux Etats-Unis. Cependant, la force des lobbies industriels est telle qu'il faudrait pouvoir la contrer avec autant de milliards de dollars. Or ça n'est pas fait suffisamment à l'école et à la télévision pour contrer l'effet négatif lié au grand marché. Il faut avant tout éviter les dérives américaines conduisant à un taux de 30 % de la population obèse.

Notre réseau maternité addiction est dirigé par une sage-femme remarquable. Initialement, ce réseau s'occupait des addictions à l'héroïne et aux drogues dures ; il travaille également sur le tabac et l'alcool. J'ai le sentiment que l'alcool est un problème montant dans notre pays. Le SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale) diminue la taille du cerveau, les potentialités intellectuelles des enfants, crée des malformations. Beaucoup de syndromes dus à une légère consommation d'alcool ne sont pas repérés. J'ai été choqué que l'Assemblée Nationale refuse d'indiquer la dangerosité de l'alcool pour les femmes enceintes sur les bouteilles de vin. L'alcool et les cigarettes posent problème. La grossesse est un bon moment pour traiter ces addictions car elle s'accompagne d'un projet d'enfant. Nous avons longtemps affirmé qu'il était acceptable de boire un verre pendant la grossesse. Or en matière de tabac comme d'alcool, il n'existe pas d'effet seuil. La nicotine et l'alcool sont des poisons et des agresseurs des cellules cérébrales des fœtus. Il importe de se défendre contre les marchés dans ces deux domaines.

En matière de contraception, la France est en retard ; Nous comptabilisons 15 000 IVG chez les moins de 18 ans, 17 000 chez les 18-20 ans et 57 000 jusqu'à 24 ans, soit 90 000 IVG chaque année chez les 16-25 ans quand la Hollande n'en enregistre que 30 000. Commencer sa vie sexuelle par une IVG n'est pas ce qu'on souhaite à sa propre fille. La France n'a pas fait tout ce qu'elle devait. L'IVG est anonyme et gratuite, alors que la contraception ne l'est pas. Dans ce domaine, l'absence de confidentialité constitue un frein ; les jeunes n'ont pas envie d'informer leurs parents des débuts de leur vie sexuelle. Les contraceptions innovantes ne sont pas gratuites tandis que la pilule sortie il y a quarante ans a vu son coût baisser de 2 euros. On prescrit ainsi aux jeunes filles les pilules que les femmes qui peuvent payer ne prennent pas. En outre, la pudeur freine les explications dans les écoles alors que la pornographie éduque nos enfants. Les médecins manquent d'information et de formation pour prescrire d'autres moyens contraceptifs que la pilule aux jeunes filles. La sexualité étant chaotique à cet âge, il serait plus efficace pour elles de recourir à une contraception pérenne, comme l'implant pour les plus jeunes et le stérilet pour celles qui vivent en couple même si elles n'ont pas encore d'enfant. Il est regrettable que la France soit le pays qui utilise le moins

ces deux moyens. L'éducation des jeunes, la formation des médecins et l'action publique sont trois leviers d'action. Une pharmacie qui délivre la pilule du lendemain gratuitement et anonymement peut voir revenir trois fois dans la semaine la même jeune fille. Nous n'avons pas réussi à faire ça pour la contraception, à l'exception des plannings familiaux.

Dans les années 50, nous avons médicalisé l'accouchement en raison des catastrophes qui se produisaient à domicile. De fait, les complications inopinées peuvent être graves. On oublie cependant que 95 % des naissances se déroulent sans pathologies. Les femmes ont été attirées à l'hôpital pour déployer l'arsenal militaro-industriel de l'obstétrique casquée (perfusion, etc.). Nous pourrions leur réserver un endroit où accoucher sans cet arsenal, à proximité des médecins en cas de complication. Ceci implique de former les femmes, car la transmission de mère à fille n'existe plus sur ces questions. Les femmes sont faites pour accoucher en position verticale et les salles d'accouchement en France réservent de plus en plus d'espaces à des accouchements normaux sans arsenal médical. Pour apaiser les douleurs de l'accouchement, on peut par exemple recourir à l'acupuncture. Ma seule réserve est de ne pas éloigner la femme de la salle d'accouchement afin de prévenir tout drame lié à des complications.

Concernant l'examen bucco-dentaire pour les femmes enceintes, je sais à quel point l'hygiène bucco-dentaire est importante pour la santé, notamment pendant les grossesses. Les femmes sont alors motivées pour être en bonne santé. Elles ne sont pas suffisamment informées du fait que les pathologies des gencives peuvent déclencher des accouchements prématurés et que la grossesse se déroule mieux avec une bonne hygiène bucco-dentaire. Les causes peuvent être multiples et la santé bucco-dentaire n'est qu'un symptôme, mais c'est un révélateur de l'état général. Les femmes n'acceptent pas que le gynécologue aille regarder dans leur bouche, comme elles n'accepteraient pas l'inverse. Il faut une intervention motivée. A cet égard, l'examen bucco-dentaire me semble souhaitable. Aujourd'hui, nous n'avons plus de grossesses à répétition entraînant une sous-alimentation et une perte de dents. La grossesse reste une période de sensibilisation privilégiée. Leur dire que les accouchements prématurés seront moins probables est un argument très efficace.

Nous intervenons en classe de 3ème. Les chirurgiens-dentistes devraient intervenir dès 4 ans. Il faut beaucoup d'énergie pour de telles interventions. Parler de sexualité en classe de 3ème et 4ème nous a permis de réduire de moitié le taux d'IVG à Strasbourg grâce à nos interventions. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, si tous les chirurgiens-dentistes de France ne s'impliquent pas, chacun à sa mesure dans l'école proche de son cabinet, ça ne marchera pas.

Un euro investi dans la prévention permet de faire gagner à 10 ou 15 euros de traitement. La fongibilité des enveloppes n'existe pas actuellement. Je serais favorable à un rattachement de la CPAM au Ministère de la Santé. Il devrait gérer toutes les dimensions de la santé publique, sans les répartir entre les collectivités territoriales. Nous savons depuis longtemps que la prévention est bénéfique. C'est cependant difficile à réaliser. J'en veux pour preuve l'état des instituts dentaires dans les CHU. Les conditions de travail sont lamentables sous prétexte qu'il existe des pathologies plus graves. Il y a là une véritable carence.

En conclusion, j'espère que votre colloque se déroulera avec profit. »

Dr Jean-Philippe ROSET

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL est une collaboratrice directe du Professeur NISAND. Elle a une grande expérience de la communication en tant que sage-femme et vis-à-vis des professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes vont être associés au déroulé d'une grossesse par l'entretien bucco-dentaire institué au 4ème mois. L'importance de la santé bucco-dentaire deviendra ainsi palpable pour les patients. Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL, comment se passe la prise en charge d'une grossesse ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

Je suis sage-femme cadre de pôle à Strasbourg, ce qui représente 6 200 naissances. C'est donc un

grand pôle, implanté sur deux sites. Nous sommes spécialisés dans plusieurs domaines, nous accueillons, entre autres, plus de 100 patientes présentant une addiction, prises en charge par un personnel formé. Nous disposons maintenant d'un recul de 6 ou 7 ans sur ce type de patients. Nous accompagnons également 200 parents qui perdent un bébé au cours d'une grossesse.

La France, avec 830 000 naissances par an, présente l'un des taux de natalité les plus élevés en Europe. 20 % de césarienne (avec des disparités régionales) y sont réalisés contre 13 % en Suède et 40 % au Chili. Le taux de péridurale s'établit autour de 60 % en France et le taux d'allaitement n'est que de 50 % à la sortie de la maternité (avec des disparités régionales) contre 90 % en Suède.

Une grossesse reste un événement physiologique. Dans 85 % des cas, les femmes n'auraient pratiquement besoin de personne pour mener une grossesse à terme. Une grossesse peut être suivie soit par une sage-femme, si elle est physiologique, soit par un gynécologue. En cas de grossesse pathologique, la femme est suivie par un gynécologue. Dans notre établissement 80 % des femmes sont suivies exclusivement par des sages-femmes, ce qui abaisse le coût du suivi.

A partir du moment où la grossesse est confirmée par le professionnel, la seule obligation est la déclaration de grossesse à la sécurité sociale au-delà de la 12^{ème} semaine (10 % des femmes faisant une fausse-couche dans les trois premiers mois). Il n'est pas obligatoire, en revanche, de la déclarer à l'employeur. La femme bénéficie d'un suivi mensuel en cas de grossesse physiologique, voire toutes les six semaines si elle n'a pas de demande particulière, et d'un suivi toutes les deux à trois semaines en cas de grossesse pathologique.

Aucun examen n'est obligatoire, pas même l'échographie. Celle-ci est un examen de dépistage. Une femme peut choisir de ne pas savoir si son bébé a une malformation. C'est un droit absolu qui doit être respecté, même si cela se présente rarement. La première échographie est importante : elle permet le dépistage des grosses malformations et de la trisomie 21. Très souvent, des interruptions médicales de grossesse se produisent à ce stade. L'échographie du 2^{ème} trimestre permet un dépistage plus fin. Celle du 3^{ème} trimestre porte essentiellement sur la croissance du bébé et les malformations neurologiques. Les interruptions médicales de grossesse sont autorisées jusqu'au terme, à 40 semaines de grossesse. Dès que le bébé est sorti du ventre de sa mère nous ne pouvons plus rien faire puisque l'infanticide et l'euthanasie sont illégaux en France.

L'entretien du premier trimestre, autrement dénommé entretien précoce ou entretien du 4^{ème} mois, est prévu dans le plan périnatalité de 2005-2007. Malheureusement, 25 % des femmes en France seulement en bénéficient, en sachant que ce taux est certainement surestimé. C'est un entretien où l'on prend le temps de discuter avec la patiente de la grossesse. L'objectif n'est pas de repérer les bonnes et les mauvaises mères, mais quels sont leurs besoins. C'est le moment où peuvent être évoquées d'éventuelles addictions. Nous pouvons aussi, au cours de cet entretien, inciter les patientes à consulter un chirurgien-dentiste pour un examen bucco-dentaire. Cet examen est l'un des seuls axé sur la prévention en obstétrique.

En tant que chirurgiens-dentistes, vous avez un rôle important à jouer pour dépister l'alcool. L'haleine doit en effet vous permettre de repérer un problème. Plutôt que de l'ignorer délibérément, posez des questions simples. Demandez à la femme si elle consomme de l'alcool et informez-là que vous pouvez l'orienter vers des professionnels et des réseaux de soins. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est une pathologie gravissime pour le bébé, très coûteuse en termes de prise en charge et dramatique pour les familles. En matière d'alcool, seule la tolérance zéro est acceptable. Il a fallu du temps pour que les professionnels acceptent la notion d'absence d'effet de seuil. Ce message doit être martelé aux patients.

Dr Jean-Philippe ROSET

C'est un message nouveau. En médecine, nous avons l'habitude de raisonner par rapport à des doses. La notion d'absence d'effet de seuil est très particulière.

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

Je vais partager avec vous quelques points d'actualité, qui n'ont par ailleurs rien à voir entre eux.

Point 1. Alcool, tabac

Il arrive aussi qu'une femme ait bu alors qu'elle ne savait pas qu'elle était enceinte. Il faut alors savoir la rassurer. Pour le tabac, la tolérance zéro est également de mise. La nuance s'impose toutefois face à une patiente dépendante de drogues, par exemple, et qui parvient malgré tout à réduire sa consommation de cigarettes. Nous pouvons accompagner les fumeuses par des patches. La grossesse est un moment de forte motivation.

Point 2. Addiction autre produit

Lorsque les femmes sont suivies et prennent un traitement médical par méthadone, elles ne doivent en aucun cas l'arrêter brutalement car cela entraîne un syndrome de manque du bébé et la mort fœtale, nous avons eu des décès par méconnaissance de ce sujet par des professionnels non formés à ce sujet. Il faut les orienter vers des spécialistes et ne jamais leur recommander de tout arrêter sans prise en charge médicale. Le meilleur traitement des bébés en manque est le nursing : nous sommes parvenus à diminuer le traitement de 80 % en recourant au portage du bébé par les mamans, avec un contact peau à peau. Cette méthode contribue en outre à valoriser des femmes qui portent un lourd sentiment de culpabilité.

Point 3. Vaccin

La vaccination contre la grippe doit être systématique. La coqueluche, quant à elle, provoque peu de décès : 400 nouveaux nés sont touchés en France mais avant 4 à 5 mois, ils ne peuvent être vaccinés. Nous vaccinons la maman dans le post partum et le papa pendant la grossesse. La suppression du service militaire a dégradé le suivi des vaccins dans la population masculine, il y a un effet de remise à niveau des statuts de vaccination chez les hommes si toutes les maternités font ce travail. Vous pouvez inciter les femmes enceintes à se faire vacciner contre la coqueluche, toutes les maternités n'ayant pas encore commencé à le faire.

Point 4. Soins dentaires

Enfin, j'ai rencontré des patientes enceintes que vos confrères ont refusé de soigner. Dans ces situations, nous ne pouvons rien faire. Nous avons besoin que vous les preniez en charge. Certains ont déclaré qu'ils avaient été confrontés à des malaises de femmes enceintes. Il faut savoir que l'utérus est légèrement tourné vers la droite : une position sur le fauteuil légèrement versée vers la gauche limite le risque de malaise vagal.

Point 5. Deuil périnatal

Je terminerai sur le deuil des femmes qui ont perdu un bébé. L'une m'a raconté que son chirurgien-dentiste l'avait vu enceinte. Il a su que son bébé était décédé. Il n'a pas su lui parler. Or il n'y a rien de pire que le silence. Il est préférable d'en parler que d'opter pour le silence. Lorsque qu'une femme qui a perdu un bébé est à nouveau enceinte, il importe de ne pas oublier que c'est le deuxième et non le premier.

De la salle

J'ai participé à l'élaboration du déroulé de l'examen bucco-dentaire. Nous avons évoqué la possibilité d'inclure la feuille d'examen bucco-dentaire dans le carnet de maternité de la femme. Est-ce possible ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

Matériellement, c'est tout à fait possible et cette feuille confère un poids à l'examen. Cependant, sur nos 6 200 naissances, aucune femme n'utilise le carnet de maternité. Ce n'est pas un support très utilisé à Strasbourg. Il est sans doute plus efficace de se mettre en rapport avec les maternités.

De la salle

Qu'attendent les femmes enceintes d'un examen bucco-dentaire ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

De nombreuses femmes ont peur d'aller chez le chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Il convient de les rassurer. Lors de la préparation à la naissance, j'incite toujours les patientes à aller chez le chirurgien-dentiste. Une femme qui a mal aux dents doit systématiquement se rendre chez un praticien. Elles n'auront pas forcément plus d'attentes. Par rapport à l'anesthésie, il faut savoir qu'en France, 80 % des femmes veulent une péridurale. Pour apaiser leurs inquiétudes, vous pouvez les informer que nous utilisons les mêmes produits (xylocaïne).

Dr Jean-Philippe ROSET

Dans l'idéal, il faudrait recevoir les femmes enceintes préalablement à leur grossesse. Le travail fait pour la première grossesse sera utile pour les suivantes.

De la salle

La grossesse se prépare aussi par la santé bucco-dentaire. Le pire est de recevoir une femme qui suit une procréation médicalement assistée tout en ayant une mauvaise santé bucco-dentaire.

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

C'est intéressant pour nous car nous ne sommes pas sensibilisés à cet aspect dans la procréation médicalement assistée. Il serait utile que ces femmes suivent un examen bucco-dentaire. Les centres de procréation médicalement assistée n'étant pas très nombreux en France, l'UFSBD peut agir rapidement sur ce sujet.

De la salle

Est-il possible de prescrire des bains de bouche alcoolisés à la femme enceinte ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

Le principe de précaution est de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement. Scientifiquement, nous n'avons pas déterminé de seuil de toxicité. C'est impossible individuellement. De manière générale, il importe que nous diffusions le même message auprès des femmes pour qu'il soit reçu. Un bain de bouche avec de l'alcool présente peu de risques pour l'enfant. Les professionnels peuvent être réticents à poser la question de l'alcool pendant la grossesse. La jeune maman qui ignorait cette recommandation peut arriver paniquée devant la sage-femme. Le gynécologue qui va la recevoir doit savoir quoi lui répondre : il peut être tenté de la rassurer en lui disant qu'elle peut boire un peu, ce qui n'est pas souhaitable. Le syndrome d'alcoolisation fœtale n'est que la partie émergée du problème car les EAF (effets liés à l'alcoolisation fœtale) ne sont pas dépistables physiquement. Le diagnostic est possible si la question de la consommation de l'alcool a été posée et que l'enfant présente des troubles du développement psychomoteur. En termes de seuil, nous ne connaissons pas tout. Le praticien peut simplement répondre aux femmes qu'on ignore les conséquences d'un verre et qu'elles seront probablement non dépistables. Il faut lui demander si elle pense pouvoir arrêter ou va continuer à consommer et reposer la question à la consultation suivante.

De la salle

Il existe des bains de bouche sans alcool, qu'il est possible de prescrire en toute sécurité aux femmes enceintes.

De la salle

Au cours de l'examen bucco-dentaire, nous allons parler de l'enfant à naître. Quel message faites-vous passer sur l'allaitement ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

En tant que sage-femme, je ne peux que prôner l'allaitement maternel. Cependant, il vaut mieux donner un biberon avec amour qu'un sein avec haine. Si la femme se sent contrainte à allaiter, le sein perd sa vertu érotique pour devenir un outil nourricier. Ce n'est pas accessible pour tout le monde. Si la femme est très réticente, je ne vais pas lui dire que c'est le mieux pour son bébé. Dans les pays scandinaves, l'allaitement fonctionne sur la longue durée et protège notamment des allergies. Nous allons encourager les mères qui ne souhaitent pas allaiter. Il faut savoir que si le bébé se régule avec le sein, il ne le fait pas avec le biberon, qui l'oblige à avaler. Il est donc préférable de ne pas lui donner le biberon dès qu'il pleure, toutes les deux heures ou la nuit, car il provoquera des caries. Nous transmettons ces messages dans nos consultations.

Dr Jean-Philippe ROSET

L'examen bucco-dentaire porte sur la femme enceinte pendant la grossesse et la prospective vers l'enfant, avec des conseils d'hygiène, la fluoruration, les bonnes habitudes (ne pas lécher la cuillère, etc.).

De la salle

Quelles sont vos recommandations en matière de tétines ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

J'ai vu passer une cinquantaine de modèles dans ma carrière et je ne peux vous répondre. Une sage-femme a eu trois enfants : l'un a eu une tétine, l'autre a tété son pouce et le troisième n'a rien eu. Les trois ont rencontré les mêmes problèmes. C'est aux chirurgiens-dentistes qu'il faut poser la question.

Dr Jean-Philippe ROSET

La tétine est un moindre mal par rapport au pouce. Les tétines physiologiques sont recommandables.

De la salle

Prônez-vous l'allaitement aux femmes alcooliques ou dépendantes de drogues ?

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

Oui. Nous préférons l'allaitement à l'éloignement du bébé. Une femme qui a eu des addictions mais a envie d'allaiter, nous l'encourageons. Le bénéfice est majeur par rapport aux risques potentiels. Bien sûr, il ne faut pas qu'elle allaite juste après avoir bu.

De la salle

Quelle est la durée normale d'allaitement ? J'ai rencontré une femme qui a allaité son enfant jusqu'à cinq ans.

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL

La durée d'allaitement est celle qui parle à la femme. En France, la durée maximum d'allaitement est généralement d'un an à un an et demi.

Table ronde n°3 :

Miroir, mon beau miroir...
L'obsession de l'apparence
peut-elle mener à la pathologie ?



Avec la participation de :

*Dr Marie-Claire THERY-HUGLY,
Psychologue et Chirurgien-dentiste*

*Dr Julien LAUPIE,
Chirurgien-dentiste, Vice-Président de l'UFSBD*

Dr Jacques WEMAERE

Cette dernière table ronde vise à évoquer les questions d'esthétique et d'estime de soi. Dans une société d'apparence, confrontée aux canons de beauté de jeunes femmes de vingt ans retouchées par Photoshop, quelle est la place de l'esthétique dans la société, dans nos cabinets dentaires et dans le monde de la santé ? Le désir de dents plus blanches ou d'un sourire plus harmonieux est-il un levier de santé, de prévention voire de soins ? A l'inverse, n'existe-t-il pas un risque de sur-traitement ? Jusqu'où doit-on aller ? Qui est garant de cette réflexion : le patient, le professionnel de santé ou les deux ? Enfin, dans certains cas, la chirurgie réparatrice est une nécessité pour certains patients. Elle n'entraîne pas un retour à la normale mais à un autre état, qui soulève une problématique d'estime de soi. L'esthétique interroge le rôle du professionnel de santé. Pour discuter de ce sujet de société, nous avons parmi nous un chirurgien-dentiste psychologue et un chirurgien-dentiste.

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

Effectivement, je suis à la fois psychologue et chirurgien-dentiste omnipraticienne, ancienne assistante hospitalo-universitaire en chirurgie buccale mais aussi psychologue cognitivo-comportementaliste. Je suis chargée d'enseignement à Paris VII, ce qui m'a permis d'avoir des consultations de psycho-odontologie et à l'hôpital Beaujon au service de chirurgie maxillo-faciale. Je suis également Président-fondateur de la Société de psychologie odonto-stomatologique et maxillo-faciale et membre de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive.

Mon propos peut se résumer ainsi : « du dedans au dehors et du dehors au-dedans, entre les deux, l'estime de soi et l'alliance thérapeutique ».

L'esthétique est le quotidien des chirurgiens-dentistes. Un simple composite pour traiter une carie constitue déjà un acte esthétique, de même que le choix d'une céramique unitaire. Le patient doit être orienté et guidé par le praticien, qui doit parfois convaincre du choix du matériau ou de la teinte. Le chirurgien-dentiste joue ainsi un rôle relationnel et psychologique. Interviennent les notions de bien fondé, d'équilibre, d'harmonie et des limites auxquelles est confronté tout chirurgien et plasticien. Nous sommes des réparateurs, des constructeurs, des architectes quotidiens de la fonction mais aussi de la qualité de vie de nos patients, qui passe par l'esthétique, la fonction et l'épanouissement de leur personnalité.

J'aimerais illustrer ce propos par le dessin d'une petite fille de cinq ans : elle se représente comme une dentiste fée et écrit « je suis une fille qui veut être dentiste », avec le soleil, la lune, une fleur-baguette magique qui transforme une dent cariée en une belle dent neuve et souriante. Sa robe représente la bouche et l'évolution d'un germe dentaire. Les dentistes sont des magiciens, en quelque sorte. Voici ce que nous sommes capables d'initier dans l'esprit de nos patients. C'est le résultat de notre alliance thérapeutique.

Nous devons compter avec une dimension symbolique importante. La bouche des patients est l'organe du corps le plus investi en symboles psychologiques fondamentaux, de vie et de mort. Ceci peut expliquer la particularité des demandes esthétiques, les peurs, les phobies sociales, les sous-estimes de soi... Le nouveau-né pousse un premier cri, le mourant termine sa vie par un dernier soupir et la bouche est indispensable pour respirer et se nourrir au cours de la vie. Le développement dentaire scande l'évolution de la personnalité, de l'âge et des étapes socio-culturelles. L'entrée à l'école est concomitante du premier passage de la petite souris ; pendant le secondaire, l'évolution des dents devient définitive. Puis vient le bac, la majorité, les dents de sagesse et un capital à maintenir avec l'âge. C'est aussi le signe du vieillissement. La bouche est également une ouverture sur la sphère cérébrale, qui est le siège de l'âme, de la pensée et des émotions. La bouche est aussi un organe sexuel secondaire et l'organe érotique par excellence. La bouche fait que nous sommes un être humain. 99 % de nos gènes sont semblables aux chimpanzés. Le 1 % qui nous différencie nous conduit à nous servir de la bouche pour parler, pour embrasser, pour séduire avec une bouche aux lèvres visibles, contrairement aux autres mammifères. L'impact sexuel de la bouche, des dents et des lèvres est important en psychologie et ce caractère est très utilisé en publicité. Ceci explique la pérennité des dents. En cas d'accidents rendant les corps méconnaissables, on fait appel aux dentistes légistes plutôt qu'aux médecins légistes. Les dents restent après les os et nous parvenons à reconstituer des données sur un être humain et son environnement datant de milliers d'années à partir d'une dent. Cet ensemble symbolique explique quelquefois les demandes abusives concernant les dents et la bouche.

L'esthétique est une préoccupation courante de la vie quotidienne. Nous entrevoyons ici la notion des limites et de la psychologie de l'esthétique. Il paraît séant d'être coiffé, rasé, maquillé. Nous ne sommes pas dans un jugement en termes de bien ou de mal. Nous recherchons le bien-être de chaque individu, lequel passe par l'estime de soi, par le diagnostic, de l'apprentissage de l'abandon complet de son corps par désinvestissement, du manque d'estime de soi à un excès d'estime de soi, du borderline à la dysmorphophobie. Les patients psycho-pathologiques perdent la notion de limite et d'équilibre. Il faut savoir les repérer.

Connaissant les caractéristiques actuelles de la relation thérapeutique et sachant que la satisfaction des patients est très peu corrélée aux résultats, nous verrons qu'une technique irréprochable et des valeurs humanistes ne suffisent pas. Il faut apprendre des notions, d'où la nécessité éthique et médicale d'un bilan d'évaluation globale du patient, médical, technique, biologique, social, environnemental, psychologique et psycho-pathologique. C'est la réussite de nos traitements à court terme et à long terme, qui est en jeu. Faire preuve du comportement adéquat découle de l'apprentissage, de l'écoute et du questionnement socratique. Les pathologies de l'estime de soi peuvent être corrigées par les thérapies cognitives et comportementales et par le repérage et l'assouplissement des schémas cognitifs erronés et nocifs. Cela s'apprend généralement après l'université, ce qui est regrettable.

Le chirurgien plasticien est avant tout un médecin et le chirurgien-dentiste est un médecin de la bouche. Tout individu parle par son corps. Il faut donc savoir écouter ce qui se cache derrière une demande esthétique.

La modification extérieure de la bouche et du corps peut entraîner un bien-être ou un mal-être intérieur. Elle transforme la relation d'un individu à son environnement. En chirurgie ou en pratique esthétique, un patient peut vivre un défaut réel de son corps comme une mutilation et la réparation de ce défaut peut l'aider à retrouver une estime de lui. C'est une véritable psychothérapie chirurgicale. En revanche, une intervention esthétique ne doit jamais être une psychothérapie. Les dysmorphophobiques, par exemple, ne seront jamais satisfaits. Les perfectionnistes, quant à eux, sont des insatisfaits chroniques. Il faut pouvoir les repérer et leur répondre.

Dr Julien LAUPIE

Il importe de prendre en considération la notion d'estime de soi. Le visage a la particularité de n'être visible que par miroir tout en étant la partie du corps offerte à l'autre. Les plasticiens et les chirurgiens-dentistes ont intérêt à prendre en compte le fait que le visage est au centre de l'estime de soi et d'un bien-être social et psychologique. La chirurgie esthétique est d'abord une chance offerte par la médecine de possibilités de reconstruction qui n'existaient pas auparavant. Il est souvent question de la pression excessive des médias. Cette pression est plus large : elle est sociétale et existe dès le plus jeune âge. On peut en effet parler de discrimination par la beauté. Celle-ci existe dès l'école primaire. Plusieurs études montrent que les enseignants placent les beaux élèves aux premiers rangs et les accompagnent davantage. Cette discrimination se retrouve tout au long de la scolarisation. A l'université, une étude montre que les notes d'un jury sont susceptibles de varier en fonction de la beauté des personnes auxquelles ces copies sont attribuées. Cette discrimination se poursuit dans l'entreprise dans les salaires. Cette pression existe dans toute la société et doit être entendue.

Face à une demande esthétique, les critères d'efficacité sont l'écoute, l'échange, la responsabilité et l'éthique. Il faut savoir analyser une demande esthétique, en la creusant. Le professionnel doit questionner le patient pour évaluer l'importance de la demande et éviter les dérives et demandes excessives. Dans mon cabinet, je demande à mes patients de noter leur sourire de 1 à 10 puis de m'indiquer ce qu'il faudrait faire pour l'améliorer. Les réponses sont souvent surprenantes : pour certaines personnes, un minuscule détail peut revêtir une grande importance. Ce peut être un levier de reprise de confiance en soi. Ce temps d'échange est important avant d'entrer dans les modalités techniques. Par l'instauration d'un véritable dialogue, il est possible de prévenir les dérives esthétiques.

Dr Jacques WEMAERE

Que pouvons-nous répondre aux jeunes femmes qui nous consultent pour un blanchiment des dents et sont tentés par les sirènes des usines à blanchiment ? Nous constatons que le regard porté sur la couleur des dents et le sourire les attire à l'extérieur du cabinet alors que les chirurgiens-dentistes peuvent leur apporter une réponse adéquate. Comment pouvons-nous les faire revenir dans notre cabinet et leur répondre sur le plan psychologique ?

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

Vous pourriez tout à fait utiliser la méthode de notation du Dr Julien LAUPIE pour la couleur des dents. Il est utile de questionner de façon à ce que la réponse soit apportée par la personne, dans un mode socratique. Par le jeu des questionnements, il est tout à fait possible d'amener le patient à la couleur de dents désirée. Il faut aussi utiliser les teintiers pour montrer la réalité.

Dr Julien LAUPIE

Face à la demande des jeunes filles, nous devons rester conscients que le traitement esthétique n'est pas une psychothérapie. Il faut être certain que la demande esthétique ne dissimule pas un problème plus global que le blanchiment ne résoudra pas. Nos solutions peuvent être efficaces et améliorer la qualité de vie des patients, sans pour autant constituer des thérapies miraculeuses. Il ne faut pas se tromper de problématique en enclenchant immédiatement sur le blanchiment. La demande esthétique des adolescents répond souvent à l'envie de ressembler à un autre. Lorsqu'ils savent qui ils sont, il devient possible de les accompagner.

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

Un confrère a réalisé une étude sur l'utilité des tests d'affirmation de soi avant d'entreprendre un traitement. Ces tests visent à déterminer le niveau d'affirmation de soi d'un jeune pour évaluer la fiabilité du traitement et de son suivi.

Dr Jacques WEMAERE

Par une demande esthétique d'alignement des dents, il est possible de rétablir la fonction. C'est alors une problématique de santé. La chirurgie esthétique réparatrice relève également de la santé. La pression sociale transforme cette demande, tout en nous permettant de recevoir des jeunes, voire des moins jeunes. L'esthétique est l'opportunité, pour les chirurgiens-dentistes, de faire de la prévention, mais aussi de la santé.

Dr Julien LAUPIE

Il faut être vigilant dans le positionnement de l'esthétique. Il faut se garder de penser que l'alignement des dents ne vaut que par ses aspects fonctionnels. La santé revêt plusieurs dimensions, y compris psychiques et sociales. La caution fonctionnelle ne doit pas être systématiquement mise en exergue. Les dérives surviennent lorsqu'il y a sur-traitement ou que la demande du patient ne répond pas au problème. Enfin, la médecine esthétique n'est pas que réparatrice. Elle permet aussi de modifier des apparences physiologiques et de faire la différence en termes de qualité de vie.

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

Les chirurgiens-dentistes sont de véritables acteurs de la qualité de vie des patients, des enfants jusqu'aux personnes âgées. Cette qualité de vie est la santé du patient, par le rétablissement de la fonction, mais aussi du bien-être psychologique quel que soit l'âge.

De la salle

Répondre à une demande sans l'approfondir peut conduire à l'échec, ce qui peut s'avérer perturbant pour un chirurgien-dentiste. Nous ne sommes pas suffisamment formés pour détecter les demandes répondant à un malaise qui nous dépasse.

Dr Julien LAUPIE

Tout professionnel de santé est confronté à la difficulté de dire non. Dans les affaires judiciaires, les praticiens ont souvent conscience, au départ, de l'existence d'un problème sans parvenir à arrêter la démarche. Ils s'enferment dans l'échec thérapeutique faute de pouvoir dire à leur patient qu'ils ne détiennent pas la solution à leur problème. Il est délicat de repérer les demandes abusives : elles

proviennent souvent de patients très informés et qui ont multiplié les rendez-vous, cherchant le praticien qui leur dira oui, ou de patients mutiques, qui exigent un traitement sans expliquer les raisons de leur choix.

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

C'est pourquoi je préconise un bilan global du patient, avec une évaluation psychologique. Nous ne l'apprenons pas suffisamment. Nous ne savons pas distinguer une personne qui se dévalorise, d'un anxieux, d'un dysmorphophobique ou d'une personnalité difficile. Nous avons besoin d'acquérir des techniques de communication et de questionnements. Nous passons alors dans le versant de l'affirmation de soi, non plus du patient, mais du praticien. La psycho-odontologie est importante de ce point de vue. La première prise en charge doit être assurée par le chirurgien-dentiste.

De la salle

La femme présente une différence fondamentale par rapport à l'homme, dans la mesure où les variations hormonales aboutissent à une carence calcique ou à de l'ostéoporose, dont le traitement par biphosphonate pose des problèmes dentaires. Le laboratoire recommande un examen bucco-dentaire avant la prescription d'un traitement, mais cette recommandation n'est pas respectée. Il y a dix ans, j'ai assisté au lancement d'un produit de traitement de l'ostéoporose post-ménopausique ; j'ai demandé si le degré calcique avait été étudié. On réalise maintenant qu'il pose problème. Or ces produits ont une durée de vie de dix ans dans l'organisme. Tout acte bucco-dentaire s'en trouve complexifié. Il ne faut pas oublier l'importance d'un examen bucco-dentaire avant la prescription de ces produits.

Dr Marie-Claire THERY-HUGLY

En conclusion, les interventions esthétiques font partie du quotidien des chirurgiens-dentistes, au même titre que les prothèses dentaires. C'est une demande normale, qui ne relève pas des patients psychopathologiques. En opérant le corps et la bouche, nous modifions l'image intérieure du corps. Celle-ci fait la noblesse de notre travail, notre responsabilité et sa richesse. J'insisterai à nouveau sur l'importance d'un bilan global et sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Je salue à cet égard l'organisation de ce colloque qui réunit des professionnels de disciplines différentes dans l'intérêt des patients.

Dr Julien LAUPIE

Il importe que les professionnels de santé, notamment les chirurgiens-dentistes, comprennent la réalité de la demande esthétique. Celle-ci doit être entendue. Les femmes iront sinon chercher des réponses ailleurs. Il est de la responsabilité du chirurgien-dentiste de savoir écouter ces demandes et d'y répondre.

Recommandations et conclusion

Dr Jacques WEMAERE

L'idée d'organiser un colloque sur la santé des femmes il y a huit mois n'a pas été facile à imposer au sein de l'UFSBD et de la profession. Certains confrères ont été atterrés à l'idée d'un tel colloque, demandant "comment faisaient les hommes". A l'issue de cette journée, on voit que ce colloque ne portait pas que sur les femmes : à travers elles, il parlait des hommes, de la famille, du couple et s'ouvrait sur les patients de tous les jours.

J'entends la demande d'outils de la part des praticiens. Nous avons effectivement pour habitude de proposer des outils à la profession à l'issue des colloques. A cet égard, je note qu'il serait intéressant de mettre en place des actions sur les femmes précaires, de défendre le rôle que les chirurgiens-dentistes jouent en matière d'esthétique et d'insister sur le fait que nous sommes des professionnels de santé accomplis dont le métier ne se résume pas à la dent mais englobe la personne entière. Nous avons aussi un rôle à jouer en matière d'addiction. Souvent, nous rencontrons des difficultés à nous exprimer. Les pistes à développer sont nombreuses, tant auprès des femmes, qu'elles soient précaires ou privilégiées, que des professionnels de santé.

Je vous remercie.



Pôle Opérations de Santé Publique
7 rue Mariotte - 75017 Paris
tél : 01 44 90 72 80 - Fax : 01 44 90 96 73
e-mail : opesantepublique@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr