

## XVII<sup>ème</sup> Colloque National de Santé Publique

**Santé bucco-dentaire :  
Tout se joue avant 6 ans !**



# LES ACTES DU COLLOQUE

Le jeudi 13 octobre 2016

FIAP Jean Monnet, 30 rue Cabanis 75014 Paris

# XVII<sup>ème</sup> colloque national de Santé Publique

## Sommaire

---

<b>Santé bucco-dentaire : tout se joue avant 6 ans ?</b>	<b>2</b>
<b>1<sup>ère</sup> table ronde : Les tout-petits « <i>Accompagner le développement initial de la sphère orale</i> »</b>	<b>4</b>
I) Stade oral et développement de l'enfant	4
II) Le développement de la sphère buccale de 0 à 3 ans	5
III) Un exemple d'action en crèche avec la mutuelle MGC	8
IV) Débat	9
<b>2<sup>ème</sup> table ronde : Les maternelles « <i>Anticiper l'arrivée des dents définitives</i> »</b>	<b>16</b>
I) Période du « non » et nouveaux comportements à intégrer	16
II) Contrôle des fonctions de déglutition, de phonation et de respiration et possibilités d'intercepter	17
III) Intervenants scolaires et hygiène de santé	19
IV) La santé bucco-dentaire de 3 à 6 ans	19
V) Débat	20
<b>Conclusion</b>	<b>23</b>

# Santé bucco-dentaire : tout se joue avant 6 ans ?

---

**Docteur Sophie DARTEVELLE, Présidente de l'UFSBD**

J'ai le plaisir de vous accueillir au XVIIème colloque de l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) placé sous le patronage du ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ce XVIIème colloque, qui se déroule l'année de nos 50 ans, se devait de remettre le tout jeune enfant au cœur de notre dispositif. Il nous est en effet apparu important et nécessaire que l'UFSBD revienne pour cette année anniversaire sur ses fondamentaux : la petite enfance.

Pourquoi est-il nécessaire de remettre le tout jeune enfant au cœur de nos débats ? Les dispositifs de prévention existants sont-ils suffisants ?

L'UFSBD s'est fortement mobilisée pour obtenir l'examen de prévention à destination des femmes enceintes au cours de leur quatrième mois de grossesse. Cet examen de prévention, nous l'avons acquis de haute lutte. Il est en place depuis quelques années. Il permet d'effectuer une surveillance de la femme enceinte qui présente des pathologies bucco-dentaires propres à son état de grossesse, de lui prodiguer des conseils pour sa santé bucco-dentaire et de commencer à aborder la question de la santé de son enfant. Il nous offre la possibilité de véhiculer des messages de sensibilisation pour qu'elle adopte, dès la naissance de son enfant, des comportements favorables pour sa santé. Toutefois, force est de reconnaître que cette visite de prévention n'est pas encore une réussite. Elle n'est pas entrée dans les habitudes ni dans le parcours de santé des femmes enceintes, sans doute faute d'un relais suffisant des gynécologues et d'une communication efficace.

L'UFSBD a fait évoluer ses recommandations en termes de santé bucco-dentaire : il est recommandé de brosser ses dents deux fois par jour pendant deux minutes avec un dentifrice fluoré, d'utiliser du fil dentaire après le brossage, d'avoir une alimentation variée et équilibrée et de programmer une visite annuelle chez le chirurgien-chirurgien-dentiste dès l'âge de un an. Cette dernière recommandation a fait sourire les parents, mais aussi les pédiatres et même quelquefois les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas compris que cette visite était l'occasion d'ancrer les messages de prévention dès la plus tendre enfance!

En dépit des efforts de communication et des dispositifs en place, beaucoup d'idées préconçues continuent de circuler en France. Nombreux sont ceux qui prétendent encore qu'il n'est pas nécessaire de soigner les dents de lait, que les jeunes enfants n'ont pas besoin d'aller chez le chirurgien-chirurgien-dentiste. Il faut reconnaître que ces clichés arrangent plutôt les parents qui ne veulent pas imposer à leur enfant une consultation chez le chirurgien-dentiste.

Actuellement, si la santé bucco-dentaire des enfants s'améliore globalement en France, force est de constater que les inégalités de santé se creusent. Des efforts sont certes fournis par l'Assurance-Maladie qui propose des rendez-vous préconisés à des âges clés (6-9-12-15-18 ans) et accompagne les chirurgiens-dentistes dans leur mobilisation dans le déploiement d'action d'éducation à la santé dans les écoles primaires et quelquefois maternelles. Les partenaires de l'UFSBD se mobilisent également pour la santé des enfants: qui ne connaît pas le docteur Quenotte, la petite souris Signaline ? Toutes ces actions ont largement contribué à l'amélioration de la santé des enfants.

Mais les messages de promotion de la visite de prévention chez le chirurgien-dentiste à l'âge de six ans, si souvent diffusés, pourraient laisser penser aux parents que la première consultation chez son chirurgien-dentiste doit avoir lieu à 6 ans et pas avant.

Même si la santé bucco-dentaire des enfants s'améliore en moyenne, les professionnels voient régulièrement des enfants qui présentent des caries sur leurs dents de lait. Il faut donc répéter avec force que c'est dès le plus jeune âge que les comportements alimentaires, au travers de la mastication, et que les comportements physio-psychologiques, au travers de la succion, conditionnent la santé de l'enfant et ont une importance sur la croissance du crâne. C'est aussi dès la petite enfance que l'on apprend les comportements favorables à sa santé en termes d'hygiène et que les bonnes habitudes doivent être prises pour que les enfants deviennent des adolescents et des adultes acteurs et responsables de leur santé.

Notre colloque accueille des professionnels de santé d'horizons très différents et qui pourront élargir la question de la santé bucco-dentaire, qui ne doit pas rester la préoccupation des seuls chirurgiens-dentistes. Au cours des deux tables rondes de la matinée qui porteront sur le nourrisson et sur l'enfant de maternelle, je souhaite que nous puissions débattre librement et mutualiser nos expériences et expertises pour réaffirmer que la santé bucco-dentaire se joue évidemment avant six ans.

# 1<sup>ère</sup> table ronde : Les tout-petits « *Accompagner le développement initial de la sphère orale* »

---

*Participent à la table ronde :*

*Docteur Patricia CORNUAU, pédiatre*

*Dr Lucile GOUPY, pédodontiste, hôpital Rothschild*

*Madame Bérangère BARATAUD, rédactrice Santé, Direction Prévention, Mutuelle MGC*

*La table ronde est animée par le Docteur Jacques WEMAERE, Vice-président, UFSBD.*

## 1) Stade oral et développement de l'enfant

### **Dr Patricia CORNUAU**

Le pédiatre est le spécialiste de la santé de la naissance à l'adolescence. C'est un spécialiste de tranche d'âge, qui soigne et qui propose une médecine de développement basée sur l'éducation à la santé, la prévention et le dépistage systématique précoce des troubles. Le pédiatre a une approche globale de la santé.

Le nourrisson est un organisme en développement : la taille de l'enfant augmente de 50 % entre 0 et un an, son poids est multiplié par trois. Son développement sensoriel est rapide – sa vision passe de 1/20<sup>ème</sup> à la naissance à 5 ou 6 dixièmes à un an - ainsi que son développement psychomoteur avec l'acquisition de la marche, la capacité à manger seul, le développement de la motricité fine. Les premiers mois de l'enfant sont aussi cruciaux pour le développement affectif et relationnel : le bébé passe de l'indifférenciation à la dépendance à la mère puis à l'autonomie et à l'individuation.

Le stade oral est le premier stade décrit dans la théorie de la sexualité infantile freudienne. C'est le stade de l'évolution libidinale. Le nourrisson découvre sa bouche comme zone érogène. Cette source de plaisir est d'abord centrée sur l'incorporation d'une nourriture liquide, le lait. Selon le psychiatre Karl Abraham, le stade oral peut être divisé en deux phases successives : le stade oral précoce qui comprend les six premiers mois pendant lesquels le bébé découvre le plaisir de la succion et le stade oral-cannibalique à partir de six mois jusqu'à 18 mois, période au cours de laquelle le bébé éprouve le désir de mordre mais aussi l'angoisse de détruire l'objet aimé (le sein). Cette deuxième phase concorde avec l'apparition des premières dents. C'est à travers sa bouche que le bébé cherche à s'approprier le monde. Elle lui permet de mieux découvrir son corps mais aussi tous les objets qui peuplent son univers.

L'alimentation est la deuxième grande fonction qui se met en place à la naissance, après la fonction respiratoire. La fonction de succion-déglutition s'instaure dès la 13<sup>ème</sup> semaine de vie intra-utérine. A ce stade, on assiste à la succion du pouce et à la déglutition du liquide amniotique.

L'allaitement maternel est un élément essentiel de la croissance faciale à une période où celle-ci présente un potentiel maximal. Pour bien téter, le bébé doit ouvrir grand la bouche, ses lèvres font un joint étanche sur le sein, la musculature des joues entraîne une dépression intrabuccale mais l'effort le plus important est apporté par les muscles masticateurs qui entraînent des mouvements de propulsion de la mandibule favorables à la croissance. Avec l'allaitement maternel, la langue du bébé fait une gouttière dont les bords stabilisent le tétou dans la bouche de l'enfant. C'est donc le sein de la mère qui s'adapte à la cavité buccale de l'enfant. Avec l'allaitement maternel, la respiration est toujours nasale. De plus, l'allaitement par les deux seins permet une stimulation sensorimotrice qui favorise un développement symétrique du visage. Avec une alimentation au biberon, le bébé a besoin

d'une ouverture buccale beaucoup moins importante. Il n'y a pas de fermeture étanche. Le bébé peut donc connaître de petits temps d'apnée et avaler de l'air. La propulsion mandibulaire est limitée, les muscles masticateurs travaillent deux à trois fois moins au biberon qu'au sein, et avec une plus faible amplitude du mouvement. De plus, le mouvement de la pointe de la langue sur la tétine du biberon impacte la voûte du palais qui peut devenir plus ogivale et réduire le volume des fosses nasales. En fin de biberon, le travail musculaire des joues augmente pour accroître la dépression, ce qui limite la croissance transversale des arcades et une modification possible de la position des dents, surtout si l'habitude d'alimentation au biberon se prolonge. Avec le biberon, contrairement au sein, c'est donc la bouche de l'enfant qui s'adapte à la tétine.

En 1987, une étude portant sur 9 000 enfants a conclu que 32,5 % des enfants ayant tété moins de trois mois présentaient des malocclusions contre 15,9 % pour les enfants allaités plus de 12 mois. En outre, nous savons que plus l'allaitement maternel est long et moins l'enfant sera tenté de garder la succion du pouce ou de la tétine. De plus, l'allaitement au biberon, en favorisant une respiration buccale, peut générer des défauts d'élocution qui entraîneront une prise en charge orthophonique.

Dans le courant du deuxième semestre de la vie de l'enfant, la diversification alimentaire introduit la mastication par les gencives, puisque les quelques dents du nourrisson ne lui permettent pas véritablement de mâcher. L'introduction de textures lisses est possible dès quatre mois et souhaitable entre quatre et six mois. Les textures doivent être ensuite de moins en moins lisses : granuleuses, écrasées. L'introduction de petits morceaux fondants et du pain ou de biscuits adaptés au bébé est souhaitable entre six et neuf mois. Si l'on ne sollicite pas cette mastication qui commence, il existe le risque de se confronter à des refus des morceaux qui pourront être prolongés. Cette étape est donc cruciale.

La succion est aussi non nutritive. Bien évidemment, le besoin de succion est vital dès les premiers jours et reste intense pendant les trois premiers mois de la vie. Ce besoin est encore plus important si le bébé présente une pathologie particulière ou s'il est prématuré. La tétine ou la sucette apporte un effet antalgique et apaisant. D'ailleurs, la tétine est appelée « *pacifier* » dans les pays anglo-saxons. La difficulté est que la tétine ne doit pas être utilisée trop longtemps. Un sevrage raisonnable de la tétine doit être envisagé. Pour le moins, la tétine doit rester dans le lit de l'enfant après son premier anniversaire. Elle est aussi un obstacle au développement du langage. On sait par ailleurs, que ces habitudes de succion pérennes peuvent favoriser, chez l'adolescent puis l'adulte, les habitudes de grignotage voire de tabagisme. Il est à noter également que la tétine est à déconseiller dans les premières semaines de démarrage de l'allaitement maternel.

Pour favoriser l'hygiène bucco-dentaire, le pédiatre conseille l'allaitement maternel, qui permet une meilleure croissance craniofaciale et un moindre recours au pouce ou à la tétine. Son rôle est aussi d'accompagner la diversification alimentaire et le sevrage progressif du sein ou du biberon. Il rappelle aussi les principes de l'hygiène bucco-dentaire. Le pédiatre ne doit pas hésiter à faire appel à des spécialistes pour corriger les troubles de la succion. Si le bébé est allaité, les consultants en lactation peuvent apporter une aide très précieuse ainsi que les ostéopathes. Pour les troubles de l'oralité, qui sont plus fréquents que par le passé, le professionnel doit orienter les parents vers des consultations spécialisées.

## II) Le développement de la sphère buccale de 0 à 3 ans

### **Dr Lucile GOUPY**

Les dents de lait apparaissent en général à partir de l'âge de six mois. Entre 8 et 14 mois, le bébé possède huit incisives. Entre 12 et 18 mois, apparaissent les premières molaires. De 16 à 24 mois, poussent les canines ; puis de 24 à 30 mois les deuxièmes molaires. Cela est variable, mais à trois ans, l'enfant doit être doté de ses 20 dents temporaires.

Comme rappelé en introduction, les chirurgiens-dentistes voient, en règle générale, les enfants à partir de six ans sous l'impulsion du programme MT'dents mis en place par

l'Assurance-Maladie. Cette dernière prend en charge ensuite une visite tous les trois ans jusqu'à l'âge de 18 ans. Néanmoins, l'Assurance-Maladie recommande une première consultation entre 6 et 12 mois. A cela s'ajoute l'examen de prévention des femmes enceintes qui permet de renseigner la future mère sur son état bucco-dentaire et surtout de délivrer des messages de prévention.

Mon intervention prendra appui sur ma pratique quotidienne. Mon plus jeune patient a 10 jours. Ses parents sont venus consulter car cet enfant est né avec deux incisives mandibulaires. Les parents étaient inquiets d'autant que la mère l'allaitait au sein. Nous avons pris la décision de surveiller ses dents plutôt que de les extraire, car il y avait un ancrage osseux : ce suivi s'est poursuivi jusqu'à ses six mois. Sa mère a pu l'allaiter sans difficulté.

Les motifs de consultation des plus petits (0-3 ans) font suite à des traumatismes dentaires, d'autres enfants sont orientés pour des primo-infections herpétiques, des syndromes pied-main-bouche. D'autres parents encore consultent car ils s'inquiètent de la présence de dents noires, qui tiennent aux bactéroïdes melaninogenicus qui colorent les dents. Enfin et principalement les parents consultent aussi tôt pour des syndromes de caries précoces du jeune enfant.

Notre consultation à l'hôpital Rothschild cible les enfants de moins de quatre ans qui – comme vous le savez - sont peu coopérants. Pour exemple, j'ai suivi récemment une petite fille de moins de trois ans, phobique, dont plusieurs dents avaient déjà été extraites. Après anamnèse dentaire, nous apprenons que le premier contact de cette patiente avec le dentiste a été en urgence, dans la douleur, avec des foyers infectieux. Les extractions ont été effectuées sous anesthésie locale par des praticiens peu habitués à ce type de situation. Après de cette enfant phobique et peu coopérante, l'objectif de la première consultation fut d'établir le contact, instaurer la confiance et diffuser des messages de prévention et d'hygiène aux parents. En effet, il est peu productif de conduire un traitement si les habitudes néfastes perdurent. En l'occurrence, les parents de cette petite fille lui donnaient des boissons sucrées au biberon. J'ai pu ensuite lui prodiguer des soins : traitements restaurateurs, traitements endodontiques, pose de coiffes pédodontiques préformées. A ses trois ans, nous avons mis en place une prothèse pédiatrique fixe.

Les caries précoces du jeune enfant ou ECC (Early Childhood Caries) correspondent à la présence d'une ou plusieurs caries, ou de dents absentes pour cause de caries ou à des dents obturées sur les enfants de 71 mois ou moins. Chez l'enfant de moins de trois ans, la maladie est qualifiée de sévère si les lésions carieuses sont observées sur les surfaces lisses des dents. Le syndrome du biberon ou carie du nourrisson – forme la plus courante - tient à la consommation fréquente de boissons sucrées ou de jus de fruits au biberon. La localisation est caractéristique avec une atteinte des incisives et 1<sup>ère</sup> molaires temporaires maxillaires, les incisives mandibulaires étant épargnées. La polycarie évolutive, pour sa part, concerne surtout les enfants de 3-4 ans et touche toutes les dents, y compris les incisives mandibulaires.

*Plusieurs photographies sont projetées en séance.*

Les enfants ont les mêmes droits que les adultes donc ils peuvent être protégés et recevoir des soins sous champ opératoire.

Nombre d'enfants se sentent en sécurité ; il n'est pas rare que les enfants soignés sous digue finissent par s'endormir, sans MEOPA, car ils sont en confiance.

La protection de l'enfant contribue à la tranquillité du praticien et donc à la tranquillité de l'enfant.

Pour le praticien, l'avantage de cette méthode est une grande réduction du stress, la rétraction de la gencive donc il n'a pas besoin d'instruments spécifiques pour éviter des lésions gingivales, si l'assistante n'est pas là, et bien sûr le contrôle de l'humidité

Lorsque l'on ne peut poser le champ opératoire, nous utilisons un matériau de type ciment verre ionomère. Une méthode non invasive nous permet de temporiser en attendant

que l'enfant gagne en maturité permettant que l'on réalise, si nécessaire, des soins plus importants.

Dans la pratique, nous pouvons également être amenés à intervenir sur des traumatismes dentaires qui font suite à des chutes et à des chocs, car la coordination des mouvements et les réflexes protecteurs en cas de chute ne sont pas acquis au plus jeune âge. Lors de l'apprentissage de la marche, les chutes peuvent être nombreuses. Suivant les cas, une surveillance peut être mise en place, des soins peuvent être prodigués ou des dents peuvent être extraites.

A trois ans, suite à des traumatismes ou à des caries précoces, nous pouvons mettre en place une prothèse pédiatrique. A cet âge, il est déconseillé de mettre en place des prothèses amovibles car l'enfant ne les garde pas en bouche et elles sont souvent perdues.

### **De la salle**

Dans ces situations, enlevez-vous les dents abimées ?

### **Dr Lucile GOUPY**

Je fais en sorte d'être la plus conservatrice possible. Je précise que les prothèses ne peuvent être posées qu'après l'arrêt de la succion. Nous préconisons l'arrêt de la succion à 2 ans et demi. En Grande-Bretagne, par exemple, l'arrêt de la succion est recommandé à un an et l'introduction de morceaux dans l'alimentation est préconisée plus tôt qu'en France.

Lors de consultations, nous rappelons les principes de bonne santé bucco-dentaire du jeune enfant. Les dents sont essentielles dès le plus jeune âge : elles permettent de manger, croquer, de sourire, de parler ; elles ne doivent pas faire mal. Il convient donc de préserver et renforcer le capital dentaire dès les premières dents de l'enfant.

Les messages de prévention doivent cibler la femme enceinte et les parents.

Chez les tout-petits, nous recommandons de nettoyer les gencives du bébé avec une compresse et du sérum physiologique. Dès que les dents font leur éruption un brossage est réalisé le soir, sans dentifrice, ou avec un peu de sérum physiologique.

Un premier rendez-vous doit être pris à un an pour une prise de contact, suivi de visites régulières qui permettent d'instaurer une relation de confiance.

Durant la fenêtre d'inféctivité 19 et 31 mois, il est préconisé d'éviter les risques de transmission parents-enfant puisque la présence de bactéries (les streptococcus mutans) au plus jeune âge augmente le risque de développer des caries. Il faut donc éviter les baisers sur la bouche, de lécher la tétine avant de la remettre dans la bouche de l'enfant, d'utiliser les mêmes couverts, etc.

A partir de 2 ans, nous recommandons un brossage des dents matin et soir. Ce brossage doit devenir un rituel pour l'enfant avant le coucher. Nous délivrons aussi des conseils diététiques car beaucoup des problèmes rencontrés sont liés à de mauvaises habitudes alimentaires. Beaucoup de mères allaitent ou donnent le biberon la nuit, certains parents autorisent le grignotage et les boissons sucrées, d'autres encore trempent la tétine dans du miel avant de la donner à leur enfant. Nous recommandons le sevrage de l'allaitement entre 12 et 18 mois. Dans certains cas, nous recommandons la prescription de fluor topique.

La préservation d'une bonne santé bucco-dentaire est une démarche collective, outre les parents, fait intervenir un réseau de professionnels de l'enfant : pédiatres, personnels des crèches, auxiliaires de puériculture, personnels des PMI, orthophonistes. Les ostéopathes et les ORL peuvent aussi être associés car susceptibles de rencontrer les jeunes enfants très tôt.

### III) Un exemple d'action en crèche avec MGC Prévention

#### **Mme Bérangère BARATAUD**

MGC Prévention est financé par une dotation de la mutuelle MGC (Mutuelle Générale des Cheminots). Nous sommes spécialisés dans l'hygiène de vie (nutrition, activité physique, bien vieillir, hygiène bucco-dentaire des enfants). Notre métier est de concevoir et d'animer des actions de prévention à destination du grand public, de vulgariser les connaissances à l'aide de supports adaptés et de rédiger des articles de prévention.

La rencontre entre MGC Prévention et l'UFSBD a donné naissance à une action phare en direction des tout-petits : la campagne « Premières dents » inaugurée en juillet 2015 en Bourgogne. Cette initiative a conduit parallèlement à produire un nouveau support d'information et de prévention : le carnet bucco-dentaire des moins de trois ans qui est un concentré de conseils et d'informations pratiques pour les jeunes parents. Nous l'avons conçu pour qu'il puisse être inséré dans le carnet de santé de l'enfant afin qu'il reste à portée de main.

La campagne « Premières dents » s'adresse aux enfants inscrits en EAJE (Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant), c'est-à-dire aux enfants inscrits en grande section de crèches, ou fréquentant une halte-garderie ou une structure multi-accueil.

Cette campagne se compose de trois temps forts :

- une formation des professionnels de la petite enfance (puéricultrices, éducatrices, personnel médical) ;
- une sensibilisation des parents ;
- une sensibilisation des enfants.

Il est dispensé aux professionnels de la petite enfance une formation de deux heures animée par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD. Au cours de la session, le chirurgien-chirurgien-dentiste revient sur les grands principes de l'hygiène bucco-dentaire des enfants et évoque aussi les thèmes clés de l'hygiène de vie (alimentation, sommeil). Au terme de cette sensibilisation, les professionnels de la petite enfance se voient remettre un support de formation et des fiches « Premières dents » qu'ils peuvent remettre ensuite aux parents.

La sensibilisation des parents prend la forme d'une conférence d'environ une heure trente. La réunion est animée par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD. Cette réunion se veut riche d'échanges : les parents doivent oser poser toutes leurs questions. Le formateur de l'UFSBD revient sur les grands principes de l'hygiène bucco-dentaire des jeunes enfants. A l'issue de la réunion, le carnet bucco-dentaire est remis aux parents.

La sensibilisation des enfants est organisée au sein des structures. Cette séance dure entre 45 minutes et une heure. Les sessions regroupent 10 à 15 enfants. Ces petits groupes permettent d'apporter une information de qualité. La session privilégie un format ludique : un atelier permet aux enfants d'apprendre à se brosser les dents, des quiz leur sont proposés pour les aider à reconnaître les aliments qui sont bons pour leurs dents. A la fin de la session, une petite trousse est remise aux enfants contenant une brosse à dents, du dentifrice, un verre à dent et du fil dentaire.

Cette campagne est une « action clé en main » à destination des collectivités. Nous nous chargeons de l'impression du carnet bucco-dentaire aux couleurs de la ville pour signifier que la collectivité s'investit dans la prévention et est partie prenante de l'action de prévention. Nous mettons à disposition des affiches et des flyers pour informer les parents des sessions d'information mises en place. A la demande de la ville, nous pouvons aussi rédiger des communiqués de presse.

Notre action se veut pérenne. Si les structures le souhaitent, nous pouvons mettre en place un accompagnement dans le temps et intervenir plusieurs années de suite pour renouveler la sensibilisation des personnels et des enfants.

## IV) Débat

### **Dr Jacques WEMAERE**

Avant d'ouvrir la séance de questions-réponses, je vous propose d'entendre le point de vue des orthophonistes en donnant la parole à Monsieur Bruno Sarrodet, représentant de la Fédération Nationale des Orthophonistes.

### **M. Bruno SARRODET**

Les orthophonistes rencontrent les jeunes enfants pour prendre en charge diverses difficultés ou troubles : dysoralité du nourrisson, refus des aliments solides, fentes labio-palatines, difficultés de communication, etc... Lors de l'action « 1 bébé, 1 livre » que nous proposons dans plus de 270 maternités en France depuis 2010, nous offrons aux parents une information sur l'oralité, le langage et la communication. Chez l'enfant plus grand, l'orthophoniste prend plutôt en charge des problèmes de communication ou des difficultés du langage oral. Chez l'enfant de moins de deux ans, les prémices du langage se mettent en place, en parallèle, une communication s'établit dès la naissance entre l'enfant et son entourage.

Auprès de ces enfants et de leurs parents, le problème de la succion peut être évoqué. Les orthophonistes donnent des informations sur la succion et renvoient dès que cela est nécessaire vers un dentiste. Nous informons les parents qu'il n'est pas recommandé de donner une tétine avant l'âge d'un mois et que la tétine n'est pas un accessoire obligatoire.

Bien que le besoin de succion soit physiologique, il évolue avec l'apparition des premières dents et le démarrage du babillage puis des premiers mots.

Ainsi nous conseillons l'arrêt de la tétine à partir de ce moment. Cet apprentissage est parfois difficile car le besoin de succion est différent d'un enfant à l'autre. Nous recommandons, dans tous les cas, de limiter son usage et de prévoir l'arrêt de la tétine avant l'entrée à l'école. Pour faciliter l'arrêt, nous pouvons donner différents conseils aux parents comme, par exemple de ne pas changer la tétine lorsqu'elle est usée et de ne pas aider leur enfant à retrouver sa tétine qu'il a perdu dans l'appartement. Pour les enfants qui sucent leur pouce, notre recommandation va dans le sens de l'aide à l'arrêt. Nous savons que ces arrêts peuvent être vécus comme violent et douloureux par l'enfant et son entourage. Il semblerait que l'arrêt du pouce soit facilité par le fait que l'enfant qui suce son pouce est perçu comme un bébé au moment de son entrée à l'école. De peur de la stigmatisation, l'enfant peut donc spontanément arrêter la succion de son pouce. En outre, le pouce ou le doigt monopolise une main et sa succion est donc difficilement compatible avec des activités où il faut manipuler. Si l'arrêt est difficile, les parents peuvent envisager la pose d'un vernis amer sur les ongles ou d'un pansement.

Dans tous les cas, lorsque nous recevons en bilan un enfant et sa famille, nous incitons à l'arrêt de la succion du pouce ou de la tétine, expliquant le parallèle entre la nécessité d'obtenir une bonne posture de la langue, lors de la parole et de la succion, qui maintient une posture de langue antérieure et une déglutition primaire.

Les orthophonistes informent sur la succion et la mastication. Nous rappelons régulièrement aux parents que les enfants doivent mâcher des aliments durs pour muscler leur mâchoire et affiner leurs habiletés buccales. Il est souhaitable que les produits alimentaires qui s'apparentent à la tétée, comme les compotes à boire soient utilisés pour un usage occasionnel même si elles sont très pratiques. Les aliments pris avec une cuillère voire une paille sont préférables car ils sollicitent de façon plus active la musculature orofaciale.

Les orthophonistes interviennent également auprès des enfants présentant des problèmes d'occlusion et de respiration. Il convient de vérifier que l'enfant respire par le nez lorsqu'il dort et qu'il ne fait pas d'apnée du sommeil. Cette respiration nasale a une

importance sur le développement de la bouche et sur la correcte oxygénation de l'enfant. Une bonne respiration permet également une correcte évacuation des mucosités nasales qui, ainsi, sont évacués par mouchage et non pas dirigées vers l'arrière-gorge et les trompes d'Eustache. En effet, si les trompes d'Eustache sont encombrées, elles ne permettront pas de maintenir une équipression de la caisse du tympan et ce dysfonctionnement engendrera des troubles auditifs qui entravent le bon développement du langage.

Enfin, en ce qui concerne l'hygiène dentaire, nous rappelons que les dents doivent être brossées dès qu'elles apparaissent. Ce message doit être martelé car beaucoup de parents persistent à croire que les caries ne se développent pas sur les dents de lait. Nous rappelons donc aux parents qu'ils sont les alliés de leurs enfants en leur brossant les dents jusqu'à ce que les enfants soient eux-mêmes en âge de le faire.

En Auvergne-Rhône-Alpes, un dépliant a été conçu à destination des infirmiers et des orthophonistes en vue de sensibiliser à l'hygiène buccale, à tous les âges.

### **Dr Jacques WEMAERE**

Après cette dernière intervention, je vous propose d'ouvrir le débat pour répondre à vos questions ou encore entendre vos témoignages.

### **Dr Christophe LEMAN, UFSBD Picardie**

La profession des chirurgiens-dentistes est engagée dans la lutte contre les caries de longue date. C'est grâce aux efforts de la profession que les enfants indemnes de caries à six ans sont plus nombreux que par le passé. Nous avons réussi à imposer la prise en charge par l'assurance-maladie des examens de prévention. Toutefois, ces efforts ne suffisent pas car nous faisons face à un problème culturel. Les enfants qui présentent des caries n'entendent pas un message cohérent. Je suis donc très heureux que divers professionnels de santé soient réunis aujourd'hui pour porter le même message.

### **De la salle**

Madame Goupy, comment financez-vous la prothèse pédiatrique que vous avez évoquée lors de votre intervention ?

### **Dr Lucile GOUPY**

Selon la nouvelle nomenclature, le mainteneur d'espace avec dent prothétique n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie. Son coût est à la charge des parents.

### **De la salle**

Il n'est donc pas possible de la proposer aux enfants dont les parents sont couverts par la CMU.

### **Dr Lucile GOUPY**

Nous le proposons à tous les enfants qui en ont besoin. En effet, il n'y aura pas de prise en charge mais la tarification n'est pas celle que nous appliquons à la prothèse adulte. Il s'agit d'un appareil qui est susceptible de rester dans la bouche de l'enfant jusqu'à ses sept ans, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition de ses incisives permanentes maxillaires.

### **Dr Fabien COHEN, ASPBD**

Les efforts du Conseil général du Val-de-Marne depuis 25 ans ont permis de mettre en place, dans toutes les crèches et toutes les PMI du département, une formation sur l'hygiène bucco-dentaire. L'expérience du Val-de-Marne a démontré l'importance de la présence d'un chirurgien-chirurgien-dentiste dans toutes les PMI de France.

Désormais, l'assistant dentaire est entré dans le code de la Santé : il est devenu un personnel paramédical sur lequel il est possible de s'appuyer. Toutefois, la loi précise que l'assistant dentaire ne peut assister qu'un chirurgien-chirurgien-dentiste ou un médecin travaillant dans le domaine de l'art dentaire (stomatologue). Cette disposition ne permet donc pas d'accueillir un assistant dentaire dans les structures départementales en l'absence d'un chirurgien-chirurgien-dentiste en son sein. Pourtant, je suis convaincu que les assistants dentaires sont en mesure de jouer un rôle majeur dans l'éducation à la santé et la promotion d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

Dans le Val-de-Marne, tous les enfants de quatre ans bénéficient d'un bilan de santé, incluant un bilan bucco-dentaire. Ils bénéficient ensuite d'un autre bilan à six ans. Sur la base de cette réussite, nous devons faire en sorte que tous les départements de France puissent s'appuyer sur des chirurgiens -dentistes et des assistants dentaires.

### **Dr Lucile GOUPY**

Par expérience, je constate que les femmes enceintes sont disposées à écouter les messages de prévention qui sont délivrées au cours de la visite proposée pendant leur grossesse. En revanche, les parents sont encore peu sensibles au fait qu'ils doivent consulter un chirurgien-dentiste pour leur enfant à partir d'un an.

### **Dr Jacques WEMAERE**

Il faut certes renforcer les liens entre les chirurgiens-dentistes et les PMI et les autres structures d'accueil des enfants mais il faut aussi développer une collaboration avec les pédiatres et les médecins généralistes, entre autres, pour qu'ils soient sensibilisés à la problématique bucco-dentaire et qu'ils orientent de manière systématique les enfants et les familles vers le chirurgien-chirurgien-dentiste dès un an.

Les professionnels de santé ne doivent pas orienter les enfants et leurs parents vers le chirurgien-dentiste uniquement si une carie est détectée mais dans tous les cas, qu'il y ait ou non présence de caries. Notre ambition est que tous les enfants consultent un chirurgien-dentiste à partir de l'âge de un an. Dans le même temps, nous devons réfléchir en notre sein pour savoir si nous sommes prêts à recevoir des enfants dès leur plus jeune âge dans nos cabinets. Par ailleurs, il convient aussi de se pencher sur la prise en charge de ce bilan précoce.

### **Dr Anne ABBE DENIZOT**

J'ai entendu les conseils du Docteur Goupy concernant l'arrêt de l'allaitement. Cependant, la question n'est pas de dire si l'allaitement est bénéfique ou non: l'allaitement l'est manifestement. Les femmes qui décident d'allaiter longtemps en France sont très minoritaires. En règle générale, ces femmes ont des idées arrêtées sur la manière d'élever leur enfant et peuvent donner le sein à leur enfant sans besoin alimentaire. Le problème ne tient pas à l'allaitement en soi mais à la façon dont ces femmes gèrent leur allaitement. Ces femmes doivent comprendre que l'on ne calme pas un enfant en lui donnant

le sein. Ce geste répété en dehors des repas entrainera l'apparition des caries.

### **Dr Patricia CORNUAU**

Il est vrai que les femmes qui allaitent longtemps sont souvent dans une mouvance écologiste et représentent une minorité. La plupart de ces femmes affirme d'emblée qu'elles allaiteront au maximum jusqu'aux deux ans de leur enfant. Ces femmes, que je vois à mon cabinet, abandonnent rapidement l'allaitement de nuit. C'est une étape importante pour éviter les caries précoces sur les dents de lait. Il n'est pas interdit que les enfants puissent continuer à téter le matin et le soir, avant le brossage des dents.

**Dr Lucile GOUPY**

Il nous arrive de recevoir à l'hôpital Rothschild des enfants dont les mères allaitent encore à trois ans et demi. Pour beaucoup de ces enfants, il existe encore un allaitement de nuit, à l'origine de caries précoces.

**De la salle**

Les familles doivent adopter de nouveaux réflexes. Aujourd'hui, beaucoup de parents s'étonnent qu'une visite puisse être programmée pour leur bébé. Lorsque la famille est à mon cabinet pour une consultation de l'enfant scolarisé, je propose une consultation du bébé qui accompagne son grand frère ou sa grande sœur. Cette proposition continue d'étonner les parents. Il est pourtant essentiel de familiariser l'enfant dès le plus jeune âge à cette routine. Si la première visite intervient à 18 mois, l'enfant n'aura qu'un réflexe : dire non.

**Dr Patricia CORNUAU**

Je souhaite réagir à l'intervention précédente de Monsieur Cohen pour le rejoindre. Il est en effet fondamental qu'un maillage puisse se mettre en place dans les structures d'accueil du jeune enfant pour que les bons gestes de l'hygiène bucco-dentaire puissent être adoptés en dehors de la famille. Instaurer cette routine dans les structures de garde de l'enfant me semble salubre et peut permettre d'instaurer de bonnes habitudes. L'initiative lancée dans le Val-de-Marne mériterait d'être généralisée sur l'ensemble du territoire français.

**Dr Jacques WEMAERE**

Cette initiative est admirable, cependant il faut rappeler qu'une frange non négligeable de femmes garde leurs enfants à domicile. Pour ne pas creuser les inégalités de santé, il convient donc aussi de réfléchir à la mise en place d'un dispositif plus large que sur les seules structures de garde des enfants pour toucher aussi ces populations.

**Dr Patricia CORNUAU**

Cependant, ces familles fréquentent la PMI.

**Dr Jacques WEMAERE**

Certes, mais l'orientation vers le cabinet dentaire est importante aussi dans une logique de complémentarité des actions.

**De la salle**

Ma question s'adresse à la représentante de la mutuelle MGC. Dans le cadre de votre initiative de prévention, comment faites-vous pour intéresser les parents pendant une heure et demie ?

**Bérangère BARATAUD**

Je reconnais que les parents qui s'inscrivent à la conférence sont sans doute déjà intéressés par le sujet, c'est pourquoi il est assez facile d'attirer leur attention. Il s'agit aussi souvent des parents qui ont le moins besoin d'informations car ils sont déjà sensibilisés à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. En tous cas ils ont la volonté de bien faire. Les messages que nous délivrons sont simples : se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré. Ces messages sont basiques mais doivent être martelés. Nous leur rappelons que ces gestes simples sont essentiels pour la santé bucco-dentaire de leur enfant, et cela même s'ils ont l'impression de manquer de temps pour ajouter ces gestes à leur routine.

### **Dr Sophie DARTEVELLE**

Je souhaite réagir à votre propos concernant les difficultés que nous rencontrons à mobiliser les parents. Nous avons une longue expérience d'intervention en milieu scolaire, dans les classes maternelles et primaires. Pour véhiculer nos messages, nous avons choisi de remettre aux enfants des documents à rapporter à la maison pour impliquer également les parents et leur donner des conseils pour préserver la santé de leurs enfants mais aussi leur propre santé. La remise de ces dépliants vise à initier une discussion au sein de la famille.

Les enfants qui entrent en maternelle sont capables de se brosser les dents selon la méthode dite des quatre temps, qui est historiquement la méthode Boubou. Jacques Wemaere a souhaité rebaptiser cette méthode, mais Boubou en reste la mascotte. En revanche, pour les tout-petits, l'approche est différente : même si les jeunes enfants suivent un atelier ludique sur le brossage et chantent des comptines sur l'hygiène bucco-dentaire, il revient encore aux parents de prendre la main de leur enfant et de l'aider à adopter les bons gestes. Il reste donc essentiel de sensibiliser les parents. A nous d'inviter les parents et de les inciter à participer à nos actions, ou prendre appui sur d'autres professionnels de santé pour qu'ils orientent les parents et leurs tout jeunes enfants vers les chirurgiens-dentistes pour des contrôles réguliers.

### **Dr Patricia CORNUAU**

Il me semble indispensable que toutes les crèches entreprennent les mêmes démarches de sensibilisation des enfants et des parents.

### **De la salle**

Je suis directrice de crèche. Sous l'impulsion de la Fondation SNCF, une action sera menée en novembre 2017 à bord d'un train passant dans différentes villes de France sur la problématique de la petite enfance et de l'éducation. Ce train de la santé ira à la rencontre des parents qu'il est si difficile de toucher.

Par ailleurs, au-delà des actions qu'il faut mener dans les crèches, il ne faut pas oublier les assistantes maternelles qui sont aussi nombreuses à garder les enfants et qu'il faut sensibiliser à ces sujets. Nous espérons que ce train pourra toucher ce public.

### **Cécile BAVAY-SIMON, Service de santé publique dentaire du Val-de-Marne**

Dans notre département, pour encourager les parents à assister aux conférences de prévention, nous organisons des cafés crèches. Cette initiative, mise en place par le personnel des crèches et/ou les parents délégués, remporte un certain succès. Autour de ce moment convivial, il est possible d'aller à la rencontre des parents et de toucher un public plus large que lors des conférences.

### **Dr Lucile GOUPY**

Le développement des démarches interdisciplinaires est essentiel pour orienter correctement les enfants. Aujourd'hui, nous pouvons rencontrer des enfants qui présentent des caries précoces qui n'avaient pas été identifiées par leur pédiatre et qui pensaient que ces problèmes étaient une simple malformation de l'émail. Pourtant, il s'agissait de lésions carieuses actives. Il faudrait aussi envisager une formation à l'attention des pédiatres pour qu'ils nous adressent plus rapidement ces enfants.

### **Dr Jacques WEMAERE**

Il serait en effet utile de favoriser la formation entre groupes de pairs interdisciplinaires. L'idéal serait de pouvoir réunir, par quartier ou par secteur, les médecins généralistes, les pédiatres, les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes pour créer un réseau de confrères.

**De la salle**

Ces démarches seront facilitées par la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires.

Je souhaite poser une question à la représentante de la mutuelle MGC. Quel est le coût des actions de prévention que vous menez dans les crèches ?

**Bérangère BARATAUD**

C'est le fonds de dotation qui finance nos démarches. Les crèches n'ont rien à déboursier.

**Dr Benoît DUBUISSON, UFSBD Landes**

Quels sont les produits d'hygiène que l'on peut utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans pour lutter contre l'infection carieuse en cours ? Je pose cette question sachant que la littérature prétend que le fluor dosé à moins de 1 450 ppm ne serait pas efficace.

Je souhaite par ailleurs formuler une remarque. A vous entendre, je constate avec soulagement que nous sommes nombreux à partager une certaine réticence face à la tétine.

**Dr Lucile GOUPY**

Nous recommandons le brossage avec un dentifrice fluoré.

Pour faciliter l'arrêt de la tétine, nous proposons que l'enfant soit acteur de la démarche. A l'approche de Noël, nous lui proposons de la donner au Père Noël ou de l'échanger contre un cadeau. L'objectif est de ne culpabiliser ni le parent, ni l'enfant mais de valoriser le fait que l'abandon de la tétine signifie que l'enfant est devenu grand.

**Bruno SARRODET**

Au Danemark, il existe un arbre à tétines où les enfants peuvent venir, accompagnés de leurs parents, pour accrocher leur tétine. Cette démarche symbolique est aussi une approche intéressante.

**Dr Anne ABBE DENIZOT**

Je suis pédodontiste et grand-mère d'un bébé d'un an qui pleure tout le temps. Je pense que certains enfants ont plus de besoin de succion que d'autres. De plus, les contraintes de la vie professionnelle des parents ne permettent pas toujours de mettre en place d'autres solutions. Dans mon cas personnel, j'ai conseillé à ma fille d'opter pour une tétine physiologique.

**De la salle**

Nous ne pouvons pas être des ayatollahs et proscrire la tétine et le pouce. Il nous revient en revanche de poser un cadre et de délivrer des conseils aux parents. La difficulté est que nous n'avons jamais vu autant d'enfants de 4 ans ou de 5 ans parler avec des tétines dans la bouche. Nous ne rencontrons pas ces situations, il y a 20 ans.

**De la salle**

Pour arrêter le pouce, il existe l'astuce de la chaussette qui fonctionne bien. Pour s'endormir, on met sur la main de l'enfant une chaussette propre, qui peut même être transformée en marionnette avec quelques accessoires. L'enfant s'endort alors sans avoir la possibilité de mettre son pouce dans sa bouche.

**De la salle**

L'enfant n'arrêtera pas de sucer s'il n'est pas prêt, quelles que soient les astuces.

**Dr Sophie DARTEVELLE**

Il ne faut pas oublier que certaines femmes ne peuvent pas ou ne veulent pas allaiter et que sucer chez l'enfant correspond à un besoin. Certes, il ne faut pas encourager les comportements extrêmes, ni culpabiliser les parents. Toutefois, lorsque les parents me posent une question sur la succion, j'ai tendance à répondre en première intention en tant que mère de famille puis, en deuxième intention en tant que professionnelle de santé.



## 2<sup>ème</sup> table ronde : Les maternelles « Anticiper l'arrivée des dents définitives »

*Participent à la table ronde :*

*Docteur Patricia CORNUAU, pédiatre*

*Docteur Michel LE GALL, orthodontiste, chef de service d'orthopédie dento-faciale du  
CHU La Timone, Marseille*

*Docteur Isabelle HEMAR, médecin Education Nationale, Académie Orléans Tours*

*Docteur Anne ABBE DENIZOT, chirurgien-chirurgien-dentiste*

*La table ronde est animée par le Dr Jacques WEMAERE.*

### I) Période du « non » et nouveaux comportements à intégrer

#### **Dr Patricia CORNUAU**

La période du « non » commence à l'âge de 18 mois ou 2 ans : elle ne concerne pas exclusivement les enfants de maternelle. La période du « non » est une étape d'opposition cruciale pour que l'enfant prenne confiance en lui. A cet âge, l'enfant se perçoit comme un individu à part entière. Le « non » lui sert à exprimer ses désirs. Il comprend que sa volonté est souvent différente de celle de ses parents. Il teste ses parents par le « non » pour connaître les limites qui lui seront posées. Dans 90 % des cas, l'opposition se manifeste face aux parents. Les conseils qui sont données dans les structures de garde sont donc essentiels car l'enfant est moins dans une posture d'opposition face aux professionnels qui en ont la garde.

L'enfant de la période du « non » est dans une voie d'autonomisation : il veut tout faire tout seul. Il cherche à repousser les limites de ses capacités motrices : il marche seul, il court, il peut déambuler seul. Il s'identifie aux enfants plus grands. Il s'identifie aussi aux adultes. C'est une étape essentielle pour l'acquisition de la confiance en soi. L'enfant qui acquiert cette confiance en soi au plus jeune âge a toutes les chances de la conserver toute sa vie. A l'intérieur de l'enfant s'affrontent deux besoins contradictoires : le désir d'autonomie et la dépendance aux adultes.

La période du « non » cible plusieurs moments-clés de la vie de l'enfant.

Dans le domaine de l'alimentation, l'enfant mange seul à partir de 18 mois. C'est aussi à cet âge que l'enfant exprime des néophobies alimentaires : il ne veut manger que du pain, il ne veut plus manger de légumes – qui est la phobie plus courante - , il ne veut manger que des aliments blancs, etc.

Il sera difficile d'introduire le brossage des dents à 2 ans s'il ne l'a jamais fait avant. Si le brossage des dents est entré dans les rituels, ce nettoyage sera mieux accepté par l'enfant. De même, l'enfant sera plus enclin à ouvrir la bouche chez le chirurgien-dentiste s'il est déjà venu à son cabinet dès le plus jeune âge.

Je souhaite profiter de mon intervention pour délivrer quelques conseils pratiques pour gérer cette période du « non ». Personnellement, je demande aux enfants de deux ans d'abandonner le biberon du matin pour adopter la paille. Hormis dans quelques cas particuliers, j'estime que l'allaitement maternel n'a pas lieu de perdurer au-delà de deux ans. L'OMS recommande un allaitement complet jusqu'à six mois, puis jusqu'à deux ans en parallèle d'une alimentation diversifiée. Cette vision semble raisonnable.

Pour aider les enfants à abandonner la tétine, je recommande de couper l'extrémité de la tétine. Cette tétine « mutilée » plaira moins à l'enfant, ce qui pourra l'aider à en faire le deuil. A mon sens, dire à l'enfant qu'il est grand et qu'il peut abandonner sa tétine peut être contre-productif, car l'enfant peut souhaiter rester un bébé à cet âge. Ce n'est pas forcément le message qu'il souhaite entendre, même si cette astuce fonctionne dans certains cas.

Dans le domaine des malocclusions, l'hérédité est malheureusement lourde. Sans tétine et sans pouce, certains enfants hériteront de ces difficultés et nous devons alors les prendre en charge très tôt sur le plan orthodontique.

En matière d'alimentation, la diversification alimentaire est essentielle. Elle doit permettre de lutter contre les néophobies. Il faut introduire de manière précoce différentes textures, ce qui est plus complexe auprès d'une génération qui valorise le petit pot et qui ne propose que des textures très lisses.

Toutes ces mesures n'éviteront pas les crises d'opposition qui sont aussi salutaires. Il est par ailleurs très important d'entendre le désir de l'enfant. Face à un enfant qui réclame à hauts cris un bonbon, il peut suffire d'entamer une discussion pour calmer sa demande. Par exemple, le parent peut lui répondre : « que voudrais-tu comme bonbon ? », « de quelle couleur serait-il ? ». Cette discussion qui démarre peut lui faire oublier son désir premier. Je recommande également aux parents d'éviter l'usage des phrases négatives pour privilégier les propositions alternatives. Par exemple, à l'enfant de trois ans qui veut absolument jouer aux Legos au lieu d'aller se coucher, il faut rappeler que c'est l'heure du coucher et lui proposer de lui raconter une histoire – même si le temps des histoires est déjà passé – afin de proposer une transition en douceur entre le jeu et le sommeil. Une autre astuce consiste à anticiper les changements d'activité : le parent doit indiquer à l'enfant à quelle échéance il sortira du bain. Plutôt que de gérer une sortie du bain brutale car non anticipée par l'enfant, mieux vaut que le parent prévienne son enfant de l'heure de la fin du bain, par exemple dans cinq minutes, en accompagnant son annonce de cinq doigts levés avec la main, puis de lui rappeler qu'il sortira du bain dans trois minutes, etc. Ces jalons prépareront l'enfant à passer à une autre activité. Nous-mêmes adultes apprécions peu de passer d'une activité à l'autre sans transition.

Dans le domaine de l'alimentation, je conseille également d'éviter les questions fermées. Au lieu de demander « veux-tu du poisson ? », le parent peut proposer : « veux-tu une cuillère de poisson ou deux cuillères de poisson ? ». Les parents doivent aussi s'accorder pour tenir un discours cohérent face à leur enfant. Ils doivent privilégier l'usage du « stop » plutôt que du « non ».

En cas de grosse colère, la contention peut être très sécurisante et permet de se calmer mutuellement plutôt que de tenter de crier plus fort que son enfant. Une fois la crise passée, le parent se doit de valoriser son enfant. Il peut lui dire : « Tu peux être fier de toi, tu as réussi à faire partir ta colère ».

En matière d'hygiène bucco-dentaire, l'exemplarité du parent est également essentielle. Le parent devrait se brosser les dents en même temps que son enfant. Cependant, tout cet apprentissage prend du temps.

Les professionnels de santé peuvent aussi s'inspirer de ces idées pour mettre en place des consultations calmes et sereines. Ils doivent éviter de dire « ça ne fait pas mal ». Devant cette phrase, l'enfant n'entendra que le dernier mot « mal », ce qui ne pourra qu'alimenter son angoisse. Dans ce cas, il est préférable que le professionnel de santé explique ses gestes au fur et à mesure.

## II) Contrôle des fonctions de déglutition, de phonation et de respiration et possibilités d'intercepter

### **Dr Michel LE GALL**

Les orthodontistes contrôlent les fonctions dans une optique préventive pour anticiper les dysmorphoses. Notre objectif est d'intervenir le plus tôt possible, dès que la dysmorphie est identifiée, afin de la diminuer voire de la corriger dans sa totalité et éviter une prise en charge tardive. Dans les cas difficiles, il sera nécessaire d'intervenir une seconde fois.

Le professionnel doit d'abord contrôler la première des fonctions qui est la fonction ventilatoire. La ventilation optimale est définie comme une ventilation spontanée, exclusivement nasale au repos, y compris la nuit. Il ne suffit donc pas de demander à l'enfant s'il arrive à respirer par le nez mais il appartient aux parents de vérifier si leur enfant dort ou non la bouche ouverte. Il convient de rappeler que la ventilation par le nez permet de refroidir le cerveau. La ventilation par la bouche est un réflexe acquis par une résistance nasale.

A la consultation, un enfant qui respire par la bouche se caractérise par des yeux ronds, des cernes (en raison d'un drainage veineux inefficace), par une bouche entrouverte, par une langue en avant. Souvent, le sommeil de ces enfants est agité, ils transpirent beaucoup et présentent une bouche sèche au réveil. Une apnée-hypopnée par heure relève d'un traitement.

La cause de ces problèmes peut être fonctionnelle. Les amygdales peuvent être en cause. Cependant, l'amygdalectomie est une opération que les pédiatres conseillent très peu voire que les ORL ne veulent pas effectuer, car c'est un geste sanglant qui entraîne des conséquences opératoires. Le trouble peut aussi venir de la langue ou d'autres obstacles anatomiques (concha bullosa, etc.).

Face à ces situations, une solution peut être d'augmenter la résistance buccale par le biais d'éducateurs fonctionnels pour éviter que l'air ne rentre par la bouche ou par le biais de disjoncteurs qui redonnent des largeurs maxillaires compétentes en accord avec la dysfonction constatée.

Lors de la consultation, le professionnel se doit également de contrôler la déglutition. La déglutition primaire est souvent présente chez les enfants suçant leur pouce ou une tétine. Normalement, l'enfant doit pouvoir déglutir sans contracter ses lèvres. Si ce n'est pas le cas, l'enfant présente une déglutition atypique.

Le médecin doit également vérifier le frein de la langue. L'enfant qui ne peut pas ouvrir sa bouche en gardant sa langue au palais présente un frein court. Par le passé, les sages-femmes réalisaient un petit geste de déchirement lorsqu'elles détectaient le problème à la naissance. Aujourd'hui, ces gestes n'ont plus cours.

Il existe plusieurs appareils de rééducation de la langue. Les ELN (Enveloppe Linguale Nocturne) canalisent la langue vers le haut. Les positionneurs, quant à eux, incitent la langue à se positionner correctement.

La mastication est essentielle. Les enfants doivent manger des aliments durs. La mastication doit aussi être alternée, à gauche et à droite. La maturation de la fonction masticatoire intervient vers l'âge de deux ans.

L'inversé de l'articulé peut être simplement détecté dès lors que le menton dévie et que la mâchoire est décalée alors que ces signes disparaissent lorsque la bouche est au repos. Dans certains cas, l'inversé peut tenir à des canines non usées qui provoquent la déviation. Auquel cas, le professionnel doit simplement procéder à un meulage pour corriger le trouble. Me concernant, je ne suis pas favorable à la plaque palatine car elle empêche la langue d'aller au palais. Cet appareil peut même provoquer des dysfonctions linguales qui n'étaient pas présentes initialement.

L'étiopathogénie des troubles de la phonation montre que ces troubles sont souvent le reflet d'un dysfonctionnement lingual. Ce signe agit donc comme une alerte sur d'autres troubles, par exemple une dysmorphie associée. Le professionnel ne doit pas hésiter à dire aux parents que leur enfant présente un défaut lingual : souvent les parents ne l'entendent plus. Dans ce cas, c'est l'orthophoniste qui pourra intervenir pour modifier les appuis linguaux incorrects. Nous ne pouvons pas proposer un traitement orthodontique sans fonctions équilibrées (ventilation, mastication, fonction linguale).

La prise en charge est essentielle mais il faut parfois accepter de différer le début du traitement. Placer un éducateur dans la bouche de l'enfant n'est pas une solution en soi. La prise en charge doit être globale. Cependant, force est de reconnaître que les

orthophonistes, les pédiatres et les ORL manquent de culture orthodontique et peuvent ne pas être en capacité de détecter un problème ventilatoire.

### III) Intervenants scolaires et hygiène de santé

#### **Dr Isabelle HEMAR**

Le programme MT'dents vise en priorité les enfants de 5 ou 6 ans, inscrits en grande section de maternelle ou en CP, selon les régions. Ce programme associe les infirmières scolaires qui prennent contact avec les directeurs des écoles classées REP+. Cette intervention doit faire l'objet d'une information préalable des parents. Nous observons que, quels que soient les milieux sociaux, la sphère bucco-dentaire est peu évoquée. C'est une zone du corps que l'on commente peu, comme la gynécologie, et il est peu évident de parler de la santé des dents.

Une grande enquête a été menée en 2013 par la DREES sur la santé des enfants inscrits en maternelle. Il en ressort qu'il existe d'importantes inégalités de santé. Il y est noté que 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et que 3,5 % sont obèses dans les zones défavorisées contre seulement 8 % au niveau national. Ces inégalités sont notées sur plusieurs indicateurs : le temps passé devant la télévision, etc. Le seul paramètre pour lequel les enfants issus des zones défavorisées présentent des statistiques plus favorables concerne le taux de vaccination, car ces enfants fréquentent les PMI et que les professionnels des PMI vaccinent beaucoup.

En matière d'hygiène bucco-dentaire, 27 % des enfants de six ans présentaient des dents indemnes de caries en 1987 contre 63 % en 2006. Les actions qui ont été menées, notamment par l'UFSBD, ont donc porté leurs fruits. D'autres mesures sont en projet : un appel à projet sera lancé par la CNAM pour mettre en place des actions en direction des enfants de quatre ans inscrits dans les écoles classées REP.

Les professionnels doivent recevoir une formation pour être sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire. Cette formation doit concerner les intervenants en milieu scolaire mais aussi les assistantes maternelles.

Les initiatives locales qui peuvent être menées dans certaines régions peuvent aussi se heurter à l'opposition de certains parents. Je sais que certaines écoles ont mis à disposition des brosses à dents et des gobelets, initiative rejetée par les parents estimant que l'école n'était pas le lieu où leur enfant devait se brosser les dents craignant notamment la contamination salivaire de l'hépatite.

Je salue l'initiative de l'UFSBD qui propose d'institutionnaliser un premier rendez-vous de prévention et d'information dès un an, mais il faut rappeler qu'il n'est pas simple d'organiser ce rendez-vous. Certains professionnels pourront être réticents à accueillir les plus petits. Dans certaines régions, l'offre médicale est très restreinte. En outre, l'accès aux soins pour les familles les plus défavorisées reste complexe. Je suis convaincue de la pertinence de ces initiatives mais il convient de placer les moyens suffisants pour que ces initiatives aboutissent et permettent *in fine* de réaliser des économies par des prises en charge précoces.

### IV) La santé bucco-dentaire de 3 à 6 ans

#### **Dr Anne ABBE DENIZOT**

Consciente des enjeux, l'UFSBD travaille depuis l'origine dans les écoles. Nous savons que l'accès à la santé reste un marqueur d'inégalité. Notre société est confrontée à une détérioration des habitudes alimentaires, avec une augmentation de la consommation de boissons sucrées, de boissons énergisantes, de grignotages, d'une alimentation plutôt molle... Nous savons que nous devons poursuivre nos efforts, et cela même si les résultats

de notre dernière enquête de 2006 démontrent que la santé bucco-dentaire de nos concitoyens s'améliore. En 2016, nous ne disposons pas de chiffres épidémiologiques sur leur état de santé mais uniquement de statistiques. Avec ses actions ciblées sur les territoires, l'UFSBD fait le constat que les inégalités sociales se creusent aujourd'hui. Ces enquêtes montrent que les enfants vivant dans des zones défavorisées ont 3,5 fois plus de chances de présenter des caries sur les dents de lait. A six ans, 68 % des enfants ont des caries sur les dents temporaires et 12 % sur les dents définitives.

Sans doute que, à 6 ans il est trop tard pour proposer un bilan bucco-dentaire dans ces foyers à risque. C'est un constat que partage l'Education Nationale *via* son réseau d'infirmières.

Une information doit être délivrée à l'ensemble des professionnels en contact avec ces enfants, non pas pour remplacer le chirurgien-dentiste, mais pour que tous les professionnels partagent le même niveau de connaissances. En particulier, le personnel des PMI, vecteur essentiel dans l'accès aux soins. Ces structures doivent pouvoir orienter correctement les familles.

L'examen bucco-dentaire en maternelle doit perdurer car il permet d'effectuer un premier repérage et de délivrer des messages de prévention. Ce sont nos actions conjointes qui permettront de produire un effet tangible. Des initiatives dans ce domaine sont à saluer comme l'examen des trois ans mis en place par la MSA. Nous devons poursuivre nos efforts en ciblant les populations les plus éloignées de nos messages.

## V) Débat

### **Dr Lucile GOUPY**

La prévention est d'autant plus importante que nous faisons face à un problème d'accès aux soins. En Ile-de-France, de nombreux enfants ont été renvoyés auprès de divers hôpitaux voire ont consulté des pédodontistes mais sont en échec de soins. Ces cas doivent nous interpeller et nous conduire à imaginer un système de coordination permettant d'avoir accès aux soins de manière plus fluide.

### **Dr Patricia CORNUAU**

Je ne peux pas répondre à votre question mais je suppose que le bisphénol est supprimé des pailles comme de la vaisselle jetable. Cela étant, je tiens à préciser que boire son lait à la paille est une mesure transitoire avant que l'enfant ne soit en mesure de le boire directement au bol. Je profite de votre remarque pour redire qu'il est important que le petit déjeuner soit instauré dès l'âge d'un an en proposant au bébé un complément au biberon. L'enfant doit prendre l'habitude de manger d'autres aliments avec son lait.

### **De la salle**

Je souhaite me montrer un peu provocateur avec ma réflexion qui consiste à dire qu'il faudrait arrêter la prise en charge l'anesthésie générale dans les soins dentaires pour faire prendre conscience de l'importance de la prévention ... Aujourd'hui, l'anesthésie générale coûte 3 600 euros à la société.

### **Dr Isabelle HEMAR**

En France, il n'existe pas la réelle volonté de mener une politique de santé publique ! Aucun moyen n'est réellement investi en matière de prévention.

### **Dr Michel LE GALL**

Le dépistage passe forcément par une radio panoramique. Pour autant, il ne faut pas tomber dans le travers du sur-traitement.

**Dr Jacques WEMAERE**

L'orthodontiste est-il un médecin que l'on peut contacter directement ? Au contraire, la famille doit-elle être orientée par son chirurgien-chirurgien-dentiste ? Dans une logique de partenariat, il peut sembler préférable que l'orientation vers l'orthodontiste soit initiée par le chirurgien-chirurgien-dentiste qui sera son relais pour les soins.

**Dr Patricia CORNUAU**

En tant que pédiatre, j'ai pu orienter directement vers des orthodontistes que je connaissais et que je savais bien formés.

**Dr Michel LE GALL**

Si l'avis du médecin traitant ou du pédiatre est éclairé, il peut orienter directement vers l'orthodontiste.

**Dr Jacques WEMAERE**

Pour autant, il ne faut pas laisser penser aux parents que ce n'est pas parce que leur enfant est pris en charge par l'orthodontiste qu'ils ne doivent plus consulter le chirurgien-chirurgien-dentiste.

**Dr Michel LE GALL**

Nous rappelons systématiquement aux parents qu'ils doivent continuer à consulter un chirurgien-chirurgien-dentiste même s'ils viennent régulièrement chez l'orthodontiste.

**De la salle**

Les médecins pédiatres en libéral sont de moins en moins nombreux. Sur notre territoire, à Clermont-Ferrand, 80 % des enfants sont suivis par des médecins généralistes. Or peu sont formés à l'hygiène bucco-dentaire.

**Dr Isabelle HEMAR**

A l'instar du médecin référent imposé par le système de santé, il faudrait sans doute imposer aussi un chirurgien-dentiste référent.

**Dr Anne ABBE DENIZOT**

Nous devons avoir conscience qu'il existe un problème de démographie médicale même pour nos spécialités. Sur certains territoires, il est fort difficile d'obtenir un rendez-vous.

Par ailleurs, comme vous l'avez déjà souligné, les parents s'imaginent que le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste à six ans suffit. La mise en place de l'EBD 6 ans a créé un malentendu. Cet examen avec prise en charge des soins consécutifs ne doit pas être le premier pour l'enfant.

Nous devons maintenant fournir davantage d'efforts pour promouvoir la visite chez le chirurgien-chirurgien-dentiste dès un an.

**De la salle**

Je souhaite poser une question au Docteur Cornuau : parlez-vous du fluor à vos patients ?

**Dr Patricia CORNUAU**

J'essaie de faire un bilan fluoré et je demande systématiquement quelle eau de boisson est utilisée. Je recommande par ailleurs un complément fluoré entre six mois et deux ans.

**Dr Lucile GOUPY**

Les eaux du robinet sont plus ou moins fluorées selon les villes. Ces informations sur la qualité des eaux distribuées sont disponibles auprès de l'ARS de votre région.

**Dr Michel LE GALL**

Les enfants ont aussi tendance à avaler une partie du dentifrice.

**Dr Jacques WEMAERE**

Quelle est la place de la santé bucco-dentaire en maternelle ? Quelle y est la place du dépistage ?

**Dr Isabelle HEMAR**

La CNAM a proposé à chaque caisse départementale de mener des actions. Sur le terrain, les actions seront mises en place en fonction du budget disponible et des volontés locales.

**Pascale MARSAC, Mairie de Fontenay-sous-Bois**

Je dépiste l'intégralité des enfants de 3 ans inscrits en maternelle à Fontenay-sous-Bois, soit 500 enfants par an. Boubou l'hippopotame reste la vedette de nos actions. Les enfants associent Boubou au brossage de leurs dents. Peu d'enfants refusent cette action. Nous organisons en parallèle un dépistage des enfants à risque carieux et nous accompagnons les familles. Il existe sur notre territoire une volonté politique pour faciliter l'accès aux soins : nos services appellent les familles des enfants à risques carieux pour les accompagner et les suivre pendant toute leur scolarité. En dépit de nos efforts, il reste un noyau dur car l'accès aux soins reste difficile. Il n'est pas toujours possible d'obtenir un rendez-vous dans des temps courts. Dans d'autres cas, ce sont les familles qui se démobilisent. 11 % des enfants de notre ville sont porteurs de caries alors que la population de votre ville est très hétérogène.

# Conclusion

---

## **Dr Jacques WEMAERE**

Nous allons clore notre colloque. Je vous remercie pour votre présence. Pour la première fois, nous avons décidé de tenir notre colloque sur une matinée. Nos échanges ont été sans doute plus denses que lors des éditions précédentes mais je pense que nous avons pu engager un dialogue riche. Je remercie tous nos intervenants d'avoir accepté notre invitation pour évoquer leur expérience professionnelle de la petite enfance.

A l'occasion des 50 ans de l'UFSBD, il nous est apparu important de revenir sur l'enfant. Nous partageons tous le souhait que l'enfant puisse être orienté le plus tôt possible vers le chirurgien-chirurgien-dentiste. Il apparaît nécessaire d'améliorer les relations entre les professionnels de santé et de faciliter leur coordination. Enfin, il est essentiel de poursuivre nos actions de prévention auprès des plus jeunes et des populations les plus vulnérables.