

LE GRAND DÉFI DES 1 000 PREMIERS JOURS

Construisons le parcours bucco-dentaire de la mère à l'enfant

Sous le patronage du Ministère
des Solidarités et de la Santé



En collaboration avec



Le vendredi 29 octobre 2021

LES ACTES DU COLLOQUE



Découvrez à la fin du document
la FEUILLE DE ROUTE
pensée par l'UFSBD,
pour agir ensemble !



Remerciements de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

À Monsieur le Ministre Olivier VÉRAN pour le patronage de ce colloque et son hospitalité pour la tenue de cette réunion.

À Santé publique France, coorganisateur de ce colloque et plus particulièrement à la participation des Docteurs Thierry CARDOSO et Pierre ARWIDSON.

À tous nos contributeurs :

**Dr Benoît CHEVALIER
Dr Jean-Louis COTART
Dr Jean-Louis SIXOU
Pr Christèle GRAS LE GUEN
Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL
Dr Nathalie TOLEDANO**

SOMMAIRE

Paris le 29 octobre 2021
Salle LAROQUE - Ministère des Solidarités et de la santé

Colloque animé par Frédéric LOSSENT, journaliste

Ouverture et Introduction du Colloque : 1 000 premiers jours : quelle politique adopter ?

Dr Benoît PERRIER – Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), chirurgien-dentiste.

Obtenir un engagement cohérent de tous les acteurs de la société autour de ces 1 000 jours

Dr Thierry CARDOSO – Médecin de santé publique, responsable de l'Unité périnatalité et petite enfance à la Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France.

Les enjeux de l'oralité pendant les 1 000 premiers jours de vie

Dr Benoît CHEVALIER – Kinésithérapeute pédiatrique, doctorant SIEB EPHE, cofondateur du cabinet de rééducation pédiatrique Luciole & Compagnie à Angers.

Connaître les pathologies bucco-dentaires pour agir au mieux

Évaluer les risques, prévenir et détecter précocement.

Pr Jean-Louis SIXOU – Professeur des universités, praticien hospitalier, responsable de l'Odontologie pédiatrique (Université de Rennes 1 et CHU de Rennes), responsable du centre de compétences maladies rares orales et dentaires (CHU de Rennes).

Renforcer la collaboration de tous en faveur de la santé du très jeune enfant

(Table ronde)

Dr Anne ABBÉ DENIZOT – Vice-présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), chirurgien-dentiste, exercice exclusif en pédodontie.

Dr Thierry CARDOSO – Médecin de santé publique, responsable de l'Unité périnatalité et petite enfance à la Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France.

Pr Christèle GRAS LE GUEN – Présidente de la Société Française de Pédiatrie, CHRU de Nantes, chef de service des urgences pédiatriques et de pédiatrie générale, chef de pôle adjoint PHU5 femme-enfant-adolescent.

Mme Nadine KNEZOVIC-DANIEL – CHRU de Strasbourg, sage-femme, coordonnatrice en maïeutique, cadre de pôle, maternités site de HautePierre et site du CMCO.

Dr Jean-Louis COTART – Chirurgien-dentiste conseil, Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône Alpes, référent régional sur la santé bucco-dentaire.

Dr Nathalie TOLEDANO – Chirurgien-dentiste conseil, Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS).

Dr Romain JACQ – Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), chirurgien-dentiste libéral, PHC Hôpital Louis Mourier, exercice exclusif en pédodontie.

Conclusion

Dr Benoît PERRIER & Dr Thierry CARDOSO



XXII^e Colloque National de Santé Publique

“Le grand défi des 1 000 premiers jours”

Construisons le parcours bucco-dentaire de la mère à l’enfant

Ministère des Solidarités et de la Santé – Salle Laroque – Paris

Ouverture et introduction du colloque : 1 000 premiers jours : quelle politique adopter ?

Dr Benoît Perrier, président de l’UFSBD.

Cette année est une année particulière pour l’UFSBD, qui fête ses 55 ans. L’Union est née de la volonté de la profession et de ses instances de rassembler tous les chirurgiens-dentistes motivés pour agir en faveur de la prévention. Elle a, depuis lors, conservé une place particulière au sein de la profession, celle de pionnière. C’est une âme militante, complétée par la force de l’engagement qui nous anime. Et elle porte en elle les succès obtenus en termes d’amélioration collective de l’état de santé bucco-dentaire. Nous ne cessons de le répéter depuis 55 ans : il n’existe pas de fatalité face aux pathologies bucco-dentaires.

C’est pourquoi nous agissons au quotidien, dans et en dehors de nos cabinets, motivés par un seul et même credo : “Pas de santé sans santé bucco-dentaire !”. Le grand défi des 1 000 premiers jours de la mère à l’enfant représente un thème qui nous est cher et qui nous réunit aujourd’hui. Il s’inscrit dans une dynamique politique portée par Adrien Taquet, Secrétaire d’État en charge de l’Enfance et des Familles, et déclinée en actions par Santé publique France.

Le concept des 1 000 premiers jours a été consacré par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005. Il est aujourd’hui établi, scientifiquement, que les actions menées au plus tôt de la vie, de la grossesse jusqu’aux 2 ans de l’enfant, dans la période dite “sensible” des 1 000 premiers jours, sont parmi les plus efficaces en santé publique. Ce sont elles qui vont permettre aux enfants d’atteindre leur plein potentiel de développement jusqu’à l’âge adulte.

En France, l’initiative des 1 000 premiers jours a été lancée par une commission scientifique. Mais elle doit être portée par la mobilisation des familles et de tous les acteurs médicaux, paramédicaux et politiques. Une partie du contenu est encore à coconstruire avec la société civile. Actuellement, le volet bucco-dentaire n’est pas présent. C’est une chance pour nous de pouvoir le dessiner à partir des différentes contributions qui vont être apportées aujourd’hui.

En effet, ce n'est pas parce que les dents ne sont pas ou peu présentes, qu'elles sont peu lisibles et que ce n'est pas un vrai sujet de santé.

Déjà, pour la femme enceinte, une santé bucco-dentaire dégradée peut entraîner, par des mécanismes inflammatoires, plus d'accouchements prématurés, avec les conséquences connues pour l'enfant. Et pour l'enfant lui-même, son capital dentaire est installé dès la naissance. Et son développement peut être fortement impacté par les conditions de vie. Le capital dentaire ne se renouvelle pas : toute lésion est irréversible et les soins ne pourront jamais le régénérer.

Votre bouche raconte une histoire. L'état de santé dentaire est un très bon indicateur des inégalités de santé. Il représente l'impact des contextes de vie. L'environnement socio-éducatif et économique est déterminant pour le futur de la santé bucco-dentaire de certains enfants. Corriger les inégalités de santé doit être une priorité dès le plus jeune âge en y intégrant la sphère buccale.

Avant de laisser la parole à nos intervenants, je souhaite rappeler l'objectif d'un colloque de santé publique à l'UFSBD. C'est une journée qui rassemble les différents acteurs autour d'un enjeu, d'une problématique de santé publique, pour extraire des lignes directrices et agir.

Un colloque n'est pas un aboutissement mais un début d'action et de mobilisation !

Obtenir un engagement cohérent de tous les acteurs de la société autour de ces 1 000 jours

Dr Thierry Cardoso

L'enjeu de ces 1 000 premiers jours est de comprendre les environnements dans lesquels les enfants arrivent. Cette notion a émergé dans les années 2005 avec différentes revues de littérature.

Pourquoi 1 000 premiers jours ? Parce que c'est une période cruciale pour le meilleur départ possible dans la vie. David Barker, le premier épidémiologiste, dans les années 1980, qui a compris qu'il y avait un lien entre le poids d'un enfant à la naissance et les risques de décès par maladie coronarienne à l'âge adulte de ces mêmes enfants.

En 2008, une publication dans la revue spécialisée *The Lancet* a montré l'importance cruciale de la nutrition maternelle et infantile durant les 1 000 premiers jours de la vie. On a un corpus de connaissances extrêmement dynamique sur les parcours singuliers de vie et de l'environnement. On comprend de mieux en mieux qu'en plus de la dimension biologique, singulière, l'interaction avec l'environnement, dès la vie fœtale, va, comme disent les épigénéticiens, "entrer sous la peau de l'individu". Et avoir une influence sur "l'expression génétique" – l'épigénétique étudie les mécanismes qui régissent l'activité des gènes ; la génétique, leur nature. De plus en plus d'études s'intéressent non seulement aux conséquences sur la biologie de l'enfant mais aussi sur ses interactions sociales, ses capacités à entrer en relation avec les autres.

Tout récemment, l'OMS a traduit ce corpus de connaissances en guideline pour essayer de guider l'ensemble des professionnels pour intervenir le plus précocement possible. Des recommandations permettent de mettre en œuvre les principaux déterminants et actions pouvant avoir une influence pour renforcer des facteurs protecteurs ou réduire des facteurs de risques. Et donc infléchir les conséquences à l'âge adulte d'événements adverses précoces.

Autre point important, l'OMS le rappelle : le premier environnement proche de l'enfant, c'est la famille. Elle porte cette attention chaleureuse qui va permettre de détecter les besoins de l'enfant, ce qu'on appelle les signaux de stress, voire de détresse, et d'y répondre.

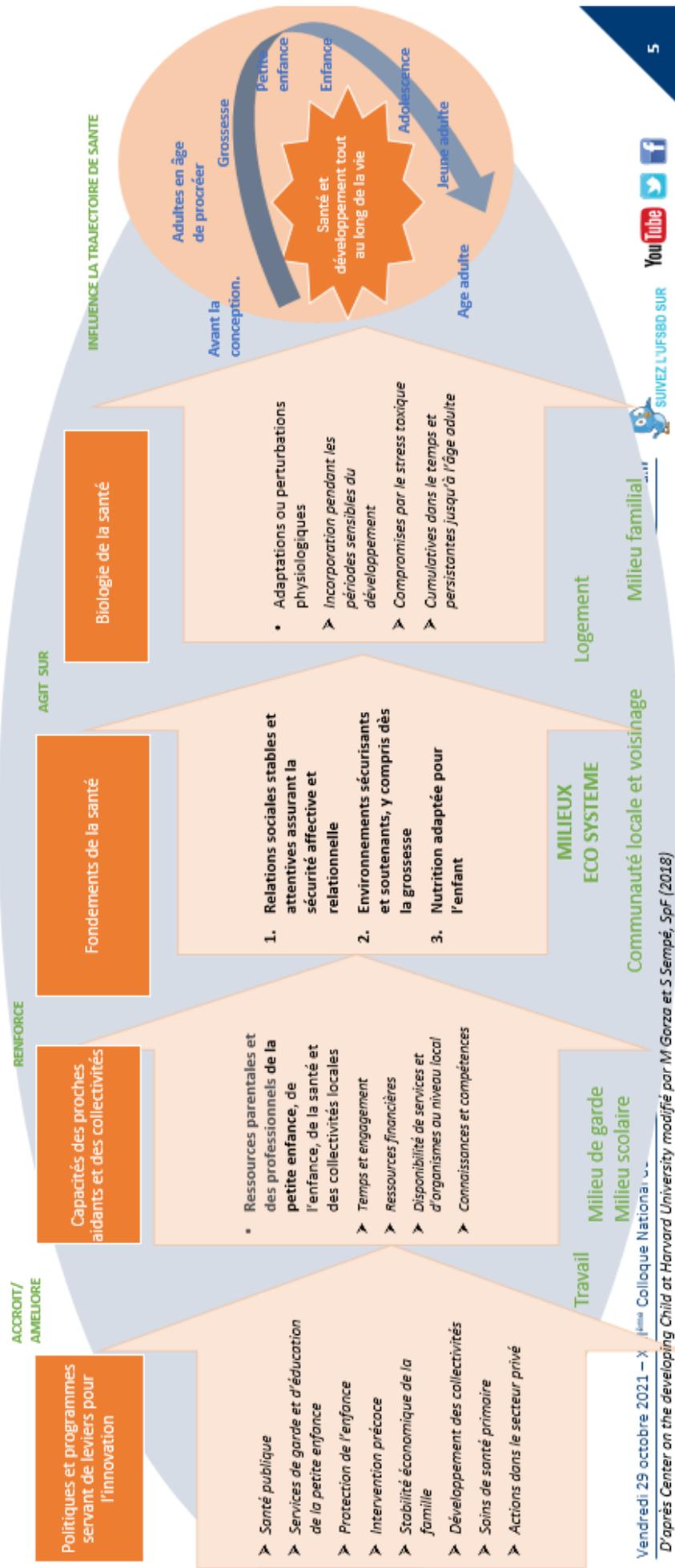
Nous avons travaillé en lien avec l'université d'Harvard qui a proposé un modèle qu'on a traduit en français dans l'unité. Vous avez ici la trajectoire de l'individu, de la naissance à l'âge adulte. La biologie de la santé se met en place en s'adaptant aux événements physiologiques et aux perturbations qui vont s'incorporer pendant cette période sensible du développement. D'où cette nouvelle science, l'épigénétique.



Un cadre pour conceptualiser les politiques et les programmes de la petite enfance afin de renforcer la santé tout au long de la vie (Harvard, 2010)

Une association au cœur de la santé

→ AGIR SUR LES 3 DÉTERMINANTS FONDAMENTAUX DE LA SANTÉ DES ENFANTS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE.



Il est important de comprendre aussi que ce stress est cumulatif dans le temps : son intensité et la durée pendant laquelle la mère, le bébé puis l'enfant y sont exposés ont des conséquences. Tout l'enjeu de cette politique des 1 000 jours est de savoir comment dépister ces situations de vulnérabilité psychosociale pour intervenir au plus tôt et changer la trajectoire en atténuant les effets, voire en les réparant. La malléabilité du fœtus puis du bébé au moins dans les 1 000 premiers jours, et heureusement après, est importante. Les 1 000 premiers jours sont déterminants parce qu'on peut réparer des dégâts, notamment sur le développement cérébral.

Le Center on the developing child d'Harvard a proposé trois piliers fondamentaux de la santé.

Le premier : fournir au bébé une relation suffisamment attentionnée et chaleureuse qui va lui permettre de reconnaître les signaux et d'y répondre au quotidien. La majorité des parents y parviennent, certains sont en grande difficulté et ont besoin d'être aidés et sécurisés.

Deuxième pilier : les environnements physicochimiques. Prévenir les accidents de la vie courante, de la vie domestique, mais aussi protéger des polluants. On découvre de plus en plus l'impact des perturbateurs endocriniens sur le développement. L'équivalent d'un iceberg immergé en termes de nombre de substances nocives dont on connaît encore très peu les effets à long terme.

Enfin, troisième pilier : une nutrition adaptée pour l'enfant au fur et à mesure de son développement.

Prendre en compte l'environnement de l'individu dans le développement de sa santé, c'est ce que l'on appelle un modèle socio-écologique de promotion de la santé. Pour permettre à ces déterminants de la santé d'influer favorablement, il faut permettre aux parents en difficulté de mobiliser toutes ces ressources au bénéfice de la santé de l'enfant. Y compris en les aidant financièrement. Des études montrent que si on leur apporte le soutien dont ils ont besoin, ils seront plus disponibles, auront moins d'inquiétudes et se sentiront plus compétents vis-à-vis de leur responsabilité parentale. Des professionnels peuvent aider et eux aussi doivent être sécurisés. C'est un ensemble de poupées russes : pour sécuriser un bébé, il faut sécuriser les parents. Le papa lui-même est là pour sécuriser la maman. Souvent, on nous pose la question, "quel est le rôle du père ?" : "être là". C'est fondamental : en partageant ensemble, y compris l'inconnu et les difficultés, on sort de l'isolement, qui est un déterminant majeur des effets sur la santé. Et pour cela, des programmes de santé doivent permettre de réduire les risques de ces situations de stress et sécuriser les parents et les professionnels qui en ont la charge.

Nombre de revues de littérature abordent la question de l'impact du stress sur la santé humaine. Le Dr Sonia Lupien, chercheuse canadienne de renommée internationale, a créé le Centre d'études sur le stress humain. Elle a publié une revue de littérature en 2009 qui montre les effets du stress sur cet ensemble de trajectoires de vie. Elle explique que l'exposition à un stress chronique, donc toxique, peut avoir une influence directe sur le développement du cerveau. Des études ont montré que des femmes en situation post-traumatique du fait de la guerre ont donné naissance à des enfants avec une quasi-atrophie du cortex préfrontal. Avec des soins adaptés, le "peau à peau", des soins attentifs, on a pu voir qu'en très peu de temps, le cerveau se reconstruisait. On peut réparer à condition d'intervenir très vite. Il est fondamental de bien le savoir pour réduire les effets neurodéveloppementaux. Aujourd'hui,

des cohortes apportent des données sur des adolescents, voire de jeunes adultes, et mesurent les effets en fonction des différences de trajectoire, si on a pu intervenir ou pas, chez les prématurés ou les enfants à terme.

Il ne s'agit pas d'avoir une vision individuelle ni de faire du déterminisme : on fait de la santé publique, à l'échelle populationnelle. Mais quand même... La bonne nouvelle : si on offre des soins optimaux, on va réduire les effets de ce stress toxique. On peut doser le cortisol et retrouver, grâce à des soins optimaux, des niveaux physiologiquement normaux.

Il y a donc une interaction entre le biologique, le neurocognitif et le social. C'est ce que nous apportent l'épidémiologie sociale et l'épigénétique. Et ce sont les enjeux des 1 000 premiers jours. Nous naissons avec un capital génétique, et l'interaction avec l'environnement va nous façonner. *"Rien n'est joué avant la mort"*, comme le dit Boris Cyrulnik. Donc, on a le temps. Mais tout de même, on va être efficace si on intervient tôt et qu'on dépiste des vulnérabilités dans une période de forte malléabilité, où les organes et le cerveau se développent.

Il existe une société savante, la DOHaD (Developmental origins of health and disease), qui travaille sur l'origine développementale de la santé et des maladies chroniques. J'ai souligné l'importance de la précarité et des vulnérabilités psychosociales sur le développement cognitif. Beaucoup de données montrent que les organes vont se développer de manière différente en fonction des vulnérabilités psychosociales, dans la mesure où on ne vient pas les atténuer par un soutien adapté des parents. Intervenir dans la période périnatale peut infléchir l'influence de parcours difficiles. C'est important : les données de la littérature scientifique montrent que des maladies chroniques comme le diabète, certains cancers, des maladies cardiovasculaires peuvent avoir un ancrage dans cette période. Également, la violence : le fait de la subir et celui de perpétrer des actes de violence ont un lien (augmentation du risque) avec celui de ne pas avoir reçu d'attention suffisante à la naissance. Cela agit sur l'individu mais aussi sur les générations futures. C'est ce que nous apportent les connaissances sur l'épigénétique : il y a une intégration et une transmission intergénérationnelle des effets des événements vécus au cours des 1 000 premiers jours. Et là encore, on peut intervenir. Lors de la préparation à la naissance, notamment. Lorsque des schémas ne sont pas bénéfiques pour la santé, on peut travailler à une prise de conscience de ces schémas, et voir ce qui est accessible comme possibilités d'ajustement pour rompre la chaîne de transmission. Un article récent d'une revue publiée aux États-Unis expliquait que 15 % du total de la mortalité étaient liés à l'adversité dans l'enfance. Les causes de décès étaient plutôt des maladies cardiaques et le suicide. En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle (jusqu'à 42 jours après la naissance). Ces questions de santé mentale pendant la grossesse sont très importantes.

Je citerai à nouveau Boris Cyrulnik : *"On ne peut pas arrêter les guerres et les sources de stress et les causes de l'adversité. Mais les systèmes de protection peuvent atténuer les situations de vulnérabilité psychosociale. À condition que toutes les femmes et familles aient accès en temps et en heure à l'ensemble des soins nécessaires"*. Un point important : le lien de confiance qui s'établit avec les professionnels du soin. Grâce à ce lien, à tout moment peut émerger une histoire singulière de vulnérabilité, d'adversité ou de trauma nécessitant une prise en charge. Il est important de savoir qu'on peut orienter ces mamans, les orienter tôt, les soutenir et les faire sortir de l'isolement, même si on n'est pas directement en charge de ces situations. Il ne suffit pas de dire "sortez de l'isolement, tout ira bien", mais accompagner, grâce à ce lien de confiance, pour permettre à l'autre d'oser dire que ça ne va pas.

Une autre manière de réduire les conséquences des événements adverses, c'est de permettre à l'individu d'agir pour sa santé. Et ça commence par accéder facilement à une information fiable. On a beaucoup d'informations quand on est enceinte, de plus en plus avec les réseaux sociaux. C'est bien. Mais la difficulté à laquelle on peut être rapidement confrontée réside dans la cohérence de l'information. On vient de mettre en ligne un site internet avant de lancer une grande campagne, le 3 novembre, pour orienter les parents vers une information fiable : on a besoin de vous pour enrichir cette information sur la promotion de la santé bucco-dentaire.

Le retour sur investissement est une expression qui peut choquer, en France, mais il est important de comprendre que ne pas prendre en compte l'accroissement du risque de maladies à l'âge adulte du fait des effets d'événements adverses vécus dans l'enfance représente un coût d'abord pour l'individu et pour la société. James Heckman, prix Nobel d'économie, a étudié non seulement la réduction du fardeau des maladies chroniques chez les adultes pour la société mais aussi les coûts des systèmes judiciaires et carcéraux. Ces connaissances nous permettent d'agir. C'est l'objectif de ce colloque. Quelles pistes peut-on tracer ? Il est essentiel d'avoir ces connaissances et de les intégrer à notre contexte en France, en métropole ou en outre-mer. Comprendre quels sont les besoins, les parcours, les expériences de la parentalité. Il nous manque beaucoup de données. Elles sont importantes et servent à nous guider.

On va en construire à l'échelle nationale, pour mieux comprendre les parcours d'expérience de la parentalité. Et orienter les actions efficaces – ce qu'on appelle les interventions probantes – visant à renforcer les capacités des parents. Ce qu'on appelle les "life skills", en anglais, ou les compétences ou habiletés psychosociales. L'objectif étant de trouver les moyens de réduire, non pas le stress toxique, mais son impact à l'échelle sociétale.

Pour expliquer les compétences parentales, si j'ai un message, c'est qu'on n'éduque pas des enfants entre 0 et 2 ans, on leur apporte du soin.

Travailler sur la violence éducative ordinaire commence par travailler sur une compréhension des dimensions des compétences parentales. Le soutien, c'est une attention positive, de l'écoute, de l'empathie, une rencontre entre l'adulte et l'enfant. Trop souvent, on est malheureusement déjà dans l'éducation. Or, il faut savoir qu'un enfant jusqu'à 5-7 ans n'est pas encore en capacité de gérer ses émotions et ensuite va apprendre progressivement. Quand il mord, crie, piétine, se roule par terre, c'est tout simplement parce qu'il est pris dans une "tempête émotionnelle" ou peut-être, par exemple, en panique. Parfois, on dit qu'il est capricieux... Non.

Pour poursuivre l'objectif de construire des environnements favorables à la santé des enfants, un des axes en dehors de l'information est aussi le développement des compétences psychosociales des adultes et des enfants.

Il nous a été confié, dans le cadre du projet gouvernemental des 1 000 jours, l'élaboration d'un "guide-conseil" d'implantation d'interventions à domicile. La première étape a été d'y recenser les pratiques déployées sur le terrain et de l'enrichir par les enseignements des données analysées dans la littérature. Il vise à fournir aux professionnels de terrain des points de repère sur le cadre permettant d'intervenir de façon efficace en termes de soutien pour les parents.

Par exemple, un partenariat avec Santé publique France permet de soutenir la démarche Hôpital ami des bébés, un programme de soins centrés sur l'enfant et sa famille. Il permet de favoriser l'attachement parent-enfant, en s'intéressant notamment aux grandes fragilités comme la prématurité. Et il permet aussi d'améliorer les compétences des professionnels qui cherchent à harmoniser les pratiques. Ce réseau est une clé pour sécuriser les parents dans un parcours le plus cohérent possible.

Pour contribuer à développer les environnements favorables dans tous les milieux, on travaille à construire un véritable réseau national de santé publique en promotion de la santé périnatale dans lequel sont intégrés à la fois les facteurs protecteurs comme la bientraitance, la santé environnementale, et des facteurs de risques comme les questions du tabac ou de l'alcool. On développe l'information pour une sensibilisation à l'utilisation des écrans dès le début de la parentalité. Les bébés n'ont pas besoin des écrans pour se développer mais ont besoin d'interagir avec leurs semblables et singulièrement leurs parents ou les adultes qui les entourent... mais souvent, les parents sont eux-mêmes en difficulté dans leur relation aux écrans alors qu'ils sont avec leur bébé. Il s'agit de les aider à s'interroger sur leur relation aux écrans lorsqu'ils sont en présence de leur bébé. Non pas d'interdire les écrans. On peut imaginer que pour les personnes travaillant à domicile, il sera difficile de le cacher au bébé. Mais quand on s'intéresse à lui, essayer de laisser l'écran de côté, c'est déjà un premier pas vers une interaction plus harmonieuse. Un enfant devant un écran se retrouve avec quelque chose qui n'interagit pas avec lui, ce qui perturbe ses capacités à se développer comme un être social. Il faut continuer à suivre les données de cohorte pour mieux décrire les effets à long terme de ce type de comportement.

Santé publique France a créé un site internet qui s'appelle "1000premiersjours.fr" et qui permet d'accéder à l'information par plusieurs entrées : il a été construit sur la base des piliers fondamentaux selon un thème proposé par le Center on developing child de Harvard. Chaque grand thème faisant l'objet d'une rubrique en ajoutant une rubrique sur le thème "Comment se faire aider". Une autre entrée proposée peut se faire à partir d'une rubrique intitulée "En pratique". On va pouvoir cliquer sur des icônes figurant des espaces de vie et trouver des informations et conseils applicables dans la vie quotidienne, par exemple comment réduire son exposition aux perturbateurs endocriniens chez soi, comment favoriser l'interaction lorsque l'on s'occupe de son bébé ou quand on change son bébé.

Une campagne de sensibilisation du public sur les enjeux des 1 000 premiers jours a été lancée. En premier lieu, Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé ont organisé un colloque sur les 1 000 premiers jours le 23 septembre 2021 ; ce colloque est disponible en replay en ligne sur le site de Santé publique France. La campagne grand public commence début novembre. L'idée est de sensibiliser sur les enjeux de la période, sans donner de conseils mais en suscitant la curiosité des parents sur le sujet. On aimerait, les années suivantes, susciter une mobilisation de l'ensemble de la société pour mieux accueillir les bébés et accompagner les parents.

Questions du public et des internautes

Les recommandations pour les professionnels de santé chirurgiens-dentistes sont-elles incluses dans les recommandations autour des 1 000 premiers jours ou pas encore ?

Dr T. Cardoso : La question bucco-dentaire est très peu abordée sur le site internet. On doit avancer sur ce point. Et c'est l'une des raisons pour lesquelles on construit ce partenariat avec l'UFSBD.

Dr Anne Abbé Denizot, vice-présidente UFSBD. Je suis frappée par l'impact du stress sur le bébé quand on est enceinte. Depuis longtemps, nos grands-mères nous le disent. Désormais, on a une preuve scientifique. En tant que chirurgien-dentiste, je m'interroge... J'ai reçu des femmes enceintes qui arrivaient avec une douleur chronique parce qu'elles n'avaient pas soigné leurs dents au bon moment. Et on ne peut pas les soigner autrement qu'en donnant du Doliprane, parce qu'on n'a pas le droit de prescrire des anti-inflammatoires. On ne dispose pas de bons moyens pour les soulager efficacement et rapidement. Vous avez fait la différence entre les niveaux de stress, pouvez-vous expliquer où se place la douleur dentaire ?...

Dr T. Cardoso : Quand on parle de stress, on distingue plusieurs niveaux. Il peut s'agir d'un petit stress qui peut donner par exemple les mains moites. Il peut aussi s'agir d'une douleur aiguë où on va avoir les capacités à revenir à un état basal. Quand on revient à un état basal, la sécrétion de cortisol cesse. L'hormone ne passe pas de manière brutale par la barrière placentaire. On sait qu'il y a une partie, probablement 20 % du cortisol, qui va passer dans la barrière placentaire, ce que va régurgiter le fœtus lorsqu'il va avaler du liquide amniotique. Mais il faut une certaine intensité et une certaine durée. Et elles sont renforcées par le fait qu'on ne va pas être en mesure de prendre en charge cette hyperstimulation. Les événements sont inévitables. Ce qui est important, c'est de savoir comment on va essayer de ramener à un état qui ne soit pas producteur des principales hormones "du stress" comme le cortisol, etc.

Lorsqu'on parle de stress toxique, celui-ci peut-être aussi lié à des conditions de vie défavorables qui vont entraîner une insécurité dans la durée.

Il faut être prudent sur l'interprétation de l'impact du stress toxique au niveau individuel. Il s'agit de probabilités à l'échelle populationnelle. Il faut tenir compte aussi de la variabilité individuelle chez les adultes dans la réaction au stress. Ce qu'on sait par les données de la recherche, c'est que les bébés, et ce dès la vie intra-utérine, ont un tempérament individuel avec une manière différente d'engager leur système de réponse encore en maturation. Notre système de défense vis-à-vis du stress est extrêmement puissant. C'est ce qui nous permet de survivre. Il est donc important de connaître les situations que vivent les mères pendant la grossesse pour pouvoir dès la naissance adapter éventuellement les soins pour atténuer un éventuel impact du stress vécu avant la naissance.

F. Lossent : Cette période cruciale, c'est presque les JO, pour les parents, disiez-vous. D'où l'appel à la mobilisation générale autour de ces parents qui doivent gérer beaucoup de choses et pour qui la santé bucco-dentaire n'est pas forcément prioritaire.

Dr T. Cardoso : On a mené une étude auprès de parents sur leurs attentes et leurs besoins d'informations. Pour 50 % d'entre eux, la première source de pression, c'était eux-mêmes. Et 70 % pour ceux qui étaient en situation d'isolement. Ces résultats attirent notre attention sur la manière dont on communique à ce propos. On n'obtient pas un certificat de bon parcours de 1 000 jours. Mais collectivement, on a besoin de comprendre qu'il faut sécuriser les parents, sécuriser les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale. La violence intrafamiliale prend différentes formes. Comprendre, connaître et repérer des situations, ce n'est pas que des coups, des bleus, c'est aussi l'humiliation permanente. Il y a un vrai sujet sur la compréhension des signes de détresse.

F. Lossent : *Ce lien de confiance qui ne se décrète pas peut-il se construire plus facilement à cette période ?*

Dr T. Cardoso : Je ne sais pas si c'est plus facile, mais il y en a encore plus besoin à cette période.

F. Lossent : *Y a-t-il une fatalité, lorsqu'on est parent et que ce lien de confiance n'existe pas ?*

Dr T. Cardoso : Non, il n'y a aucune fatalité. C'est une période d'extrême sensibilité, de malléabilité. Donc, on peut faire beaucoup pour renforcer les facteurs protecteurs. Le message positif : si tout se passe bien et qu'on est dans un environnement favorable, on n'a rien à faire.

Dr Anne Espérance Godlewski, chirurgien-dentiste avec une activité vers la pédodontie, membre du groupe de travail parentalité pour les chirurgiens-dentistes de France et maman de trois enfants.

On voit dans notre métier, en tant que professionnels de santé, qu'on a la possibilité d'apporter un environnement sécurisé à nos enfants. Mais il reste un énorme travail à faire pour rendre efficient le congé maternité des praticiens, libéraux, et apporter une sécurité à la femme enceinte et à la jeune mère.

Les enjeux de l'oralité pendant les 1 000 premiers jours de vie

Dr Benoît Chevalier, kinésithérapeute pédiatrique, doctorant SIEB EPHE, cofondateur du cabinet de rééducation pédiatrique Luciole & Compagnie à Angers.

Je vais vous parler d'une chronique de l'oralité : l'histoire de Capucine, une petite fille qui vient en cabinet. Elle a 3 ans. Première enfant de la fratrie, elle consulte pour des troubles alimentaires pédiatriques. Elle a des sélectivités alimentaires majeures. Elle ne mange que des petits pots de couleur verte, des crèmes dessert orange à la vanille. Elle adore un type de biscuit apéritif, ne mange aucun fruit ni légume. Elle boit de l'eau. Le médecin et la famille autour, hors famille proche, pensent que c'est un trouble psychologique. Quand on regarde l'anamnèse de Capucine, elle a un développement normal. Elle a une courbe de poids un peu basse. Mais une petite fille un peu maigre, contrairement à un garçon, ce n'est pas trop grave, selon certains discours.

Par ailleurs, elle a des troubles sensoriels majeurs, des irritabilités tactiles oro-faciales, des mains, des pieds (contact désagréable) et un réflexe nauséux invalidant. On ne peut pas lui toucher la bouche et la tête lors des soins. Elle ne peut pas toucher les matières alimentaires un peu molles, collantes. Elle marche sur la pointe des pieds dès qu'elle est pieds nus. Elle ne supporte pas le contact de l'environnement. Sur le plan médical, elle est très fatiguée. Avec son réflexe nauséux, il est très compliqué de mettre une brosse à dents dans sa bouche. Elle est scolarisée en maternelle et ne peut pas manger à la cantine.

Quel est le problème de Capucine, à 3 ans ? Qu'est-ce qu'un trouble alimentaire pédiatrique ? C'est une quadrature.

Facteurs
Médicaux

Facteurs
nutritionnels

Compétences
alimentaires

Facteurs
Psychosociaux

On a des facteurs médicaux. Mais dans le cas de Capucine, pas vraiment.

Les facteurs nutritionnels, elle est limite. Mais on entend toujours qu'un enfant ne se laisse pas mourir de faim, donc ça devrait aller.

Les compétences alimentaires, on n'a pas grand-chose.

On a tout mis sur les facteurs psychosociaux, parce qu'on considère bien souvent que c'est la faute de la mère qui, pourtant, avec sa responsabilité nutritionnelle, se tue à essayer de faire manger sa petite fille.

Le drame de Capucine, c'est qu'elle n'a pas pu acquérir ces compétences alimentaires au bon âge.



À la période de la diversification, dans la première année – une période géniale pour le cerveau, pour apprendre à manger des choses différentes, des morceaux, des choses granuleuses. Une période où l'épigénèse probabiliste, c'est-à-dire l'impact de l'environnement, est majeure sur la création des réseaux neuronaux. Et on sait aussi que ça a un effet sur des couches plus profondes. Gilbert Gottlieb a parlé également d'épigénétique : quand l'environnement influence le système neuronal, le système génétique est aussi influencé.

Au bout du compte, ce qui a été retenu par les soignants, ce sont uniquement les facteurs psychologiques... qui ne sont que l'adaptation aux symptômes.

L'histoire de la maladie est intéressante : cette maman a eu un échec de l'allaitement. Il faut savoir qu'une étude a montré que statistiquement, les mères ont neuf avis différents sur l'allaitement en trois jours à la maternité. Dans l'histoire de Capucine, on a un trouble de la succion très important. On parle, dans ce cas, de trouble de l'oralité primaire. Un marqueur fort qui ne figure pas dans le carnet de santé. La maman a eu des difficultés à trouver un biberon. Les repas sont devenus très difficiles : rien n'a été mentionné dans le carnet de santé, la courbe de poids étant normale jusqu'à 18 mois. Pour l'alimentation à la cuillère, à part le Blédichef de couleur verte au bout d'un moment, il a été impossible de passer sur des textures autres que les petits pots 4-6 mois extrêmement lisses.

Que s'est-il passé pour Capucine entre 1 an et 3 ans ? Elle a développé un trouble de l'oralité secondaire, une autre zone du cerveau que celle de la succion. Si la succion ne fonctionne pas bien, de nombreux éléments du développement oral ne se mettent pas en place. L'apprentissage alimentaire est dépendant des petits contacts autour de la bouche (le self-feeding). Mais si j'ai un réflexe nauséux, je ne peux pas mettre mes mains à la bouche, donc le développement de la mastication est difficile. L'expérience cognitive du mâchouillage de Sophie la girafe ou avec les aliments est une découverte répétitive bienveillante. La diversification est devenue impossible parce que Capucine ne peut pas manger de morceaux. C'est un cas très fréquent d'enfants qui ne mangent que du lisse. Le drame de ces enfants, quand ils ont un tout petit spectre de matières et de catégories alimentaires avant 2 ans, c'est qu'ils vont entrer ensuite dans une période normale, chez l'enfant, de néophobie alimentaire. À cette période, ils deviennent soupçonneux des aliments qu'on leur propose car ils sortent de leur cadre de connaissance. Ils vont donc avoir peur de manger ce qui n'est pas dans leur spectre familial, non pas celui des parents, mais le leur. C'est une période où il faut remanger 20 à 40 fois un aliment pour l'aimer de nouveau. Comme elle a un tout petit spectre et une sélectivité alimentaire, la néophobie devient grave.

Quand on regarde son carnet de santé, les apports nutritionnels commencent à ne plus être assurés à partir de 18 mois. C'est une enfant fatiguée – la dénutrition a des effets sur l'enfant dont des pathologies intercurrentes plus importantes. Elle est constipée, a souvent mal au

ventre, et son réflexe nauséux invalidant est extrêmement problématique dans son quotidien. Elle ne peut notamment pas mettre une brosse à dents dans sa bouche. C'est la plaie des dentistes : on ne peut rien faire, on ne peut pas accéder aux soins avec un réflexe nauséux invalidant.

Autre point : la mastication permet de transformer les aliments. Elle facilite la digestion, etc. Les composants de la salive sont d'assez extraordinaires exhausteurs de goût ; ces enzymes permettent une meilleure digestion. Les aliments fibreux et complexes, comme la viande, offrent à la mâchoire des expériences de pression qui vont stimuler la croissance dentaire et donner une forme et un volume à la mâchoire. Les mouvements de langue plus affinés vont permettre de développer les déglutitions secondaires, de nettoyer la bouche à la fin du repas et de diminuer le risque carieux, tout en développant des sensations et une connaissance des aliments.

J'ai exigé, en tant que kiné, que Capucine ait une prise de sang. Elle a une carence en fer, n'est pas très en forme. Surtout, elle n'a pas très faim. On sait que la faim, ce sont des réseaux neuronaux : il faut une expérience répétitive de faim/satiété. Le bébé adore la redondance d'expériences pour développer les réseaux neuronaux et neuroendocriniens du signal de faim et de rassasiement, qui est juste le résultat d'une épopée répétitive de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine.

Je ne soigne pas que des troubles de l'oralité. J'ai participé au groupe déformation crânienne et mort subite de la Haute Autorité de Santé (HAS) : quand on regarde les pathologies des tout-petits, le retard de prise en charge constitue le pire critère de gravité dans toutes les situations des 1 000 premiers jours.

Avec Capucine, quel est le contexte pour le thérapeute ? Cette petite fille avait 18 mois quand j'ai été sollicité. J'ai une liste d'attente de 18 mois, avec 120 patients sur une liste et des parents qui m'appellent toutes les semaines. J'ai surtout beaucoup d'enfants d'institutions puisqu'il n'y a pas de paramédicaux. 40 % de ma cohorte sont des enfants qui ne sont pas pris en charge en institution ou qui ne peuvent pas avoir de soins en institution parce qu'il n'y a pas d'orthophonistes ou de physiothérapeutes formés. Je n'ai pas de relais éducatifs en ville pour les enfants plus grands. Quand je m'adresse aux centres médico-pédo-psychologiques (CMPP), ils ont neuf mois d'attente pour la première consultation sans garantie de prise en charge. Mes collègues à l'hôpital ont six mois d'attente et pas d'équipe mobile. De plus, je n'ai pas d'acte de coordination dans ma nomenclature professionnelle pour assurer des soins dans les différents lieux de vie où mange l'enfant. Donc, c'est compliqué, de me déplacer dans une école, de mobiliser mes propres ressources : ça ne fait pas partie, hélas, de mon travail de kinésithérapeute libéral.

Quel est le contexte thérapeutique pour la petite fille et la famille ? Ils auraient aimé faire de la prévention. Mais nous n'avons pas d'acte de prévention facturable. On soigne mais on ne prend pas soin de... Le dépistage précoce n'existe pas, parce que les surveillances des compétences alimentaires, de ces acquisitions ne figurent pas dans le carnet de santé. Le "golden standard" de l'alimentation, c'est la courbe de poids et de taille.

Que se passe-t-il chez ses parents ? Ils vont se tourner vers d'autres types de thérapeutiques. On retrouve des enfants qui ont des bouches fragiles, à qui on fait des frénectomies, à des âges totalement incohérents. On leur masse l'intérieur de la bouche. Le réflexe nauséux va être de pire en pire. S'introduire dans la bouche d'un enfant, c'est une effraction sensorielle

et cognitive. Dans certains cas, on a des enfants qui vont avoir des régimes autoproclamés, inadaptés à leurs compétences.

C'est dramatique parce que manger, c'est surtout manger ensemble. On apprend avec les copains. Il faut 20 à 40 présentations d'un aliment à la période de néophobie. On mange à la cantine, huit présentations suffisent pour les épinards. "Mon copain mange les épinards, c'est un peu moins dangereux que prévu, je peux y aller."

Sur le schéma de Gilbert Gottlieb, j'ai un environnement appauvri. Donc, mon développement va être appauvri, mon activité neurologique sera moins bonne. L'effet épigénétique est très important. Surtout, le repas devient stressant. Quand on met une pression sur le temps du repas, le stress aggrave tous les symptômes. S'asseoir à table sans hurler dans une cuisine, c'est parfois 15 séances de thérapie cognitive et comportementale, pour certains enfants qui ont vécu une pression constante sur le repas depuis plusieurs années.

Que se passe-t-il avec Capucine ? Je suis à 60 séances de rééducation. Obligé de faire de la thérapie cognitive et comportementale pour travailler avec le niveau de stress de cette enfant et lui offrir un cadre d'apprentissage alimentaire adapté.

Les parents ont des objectifs à atteindre toutes les semaines. Ces objectifs sont au détriment de la vie d'enfant de Capucine : faire des tours avec ses Kapla, regarder un livre. Et les repas sont extrêmement lourds. Avec des objectifs qu'elle n'arrive pas à atteindre faute d'aide pour les parents sur les temps de repas à la maison. Elle mange très bien avec moi. Mais comme je n'ai pas d'équipe de support à la maison, en termes d'approche systémique, je n'arrive pas à sortir du système familial qui s'est adapté au symptôme.

On a été obligé de faire un projet d'accueil individualisé (PAI) scolaire. Elle a un suivi nutritionnel. Un dentiste spécialisé : elle ne voulait pas ouvrir la bouche, il faut y aller tous les trimestres. Des consultations d'endocrinologie, parce que cela a un effet épigénétique sur sa taille : elle sera plus petite à cause de ce défaut de nutrition. On commence à parler d'hormones de croissance, avec un suivi psy, des arrêts de travail récurrents des parents. Dès qu'elle est enrhumée, la dénutrition augmentant les risques infectieux, c'est un enfer, elle ne veut plus manger.

J'ai calculé le prix des séances en deux ans, sur une base d'AMK11. En fait, j'ai un peu honte, parce que cette prise en charge n'existe pas dans ma nomenclature. J'ai été obligé d'inventer quelque chose dans l'illégalité totale. Je n'ai que l'encéphalite pédiatrique, pour faire de la pédiatrie. Sinon, rééduquer une bouche, ce n'est pas sérieux. La prise en charge doit être globale (corporelle, alimentaire, acquisition de l'autonomie à table...). Je suis à 1 400 euros de soins. En général, on en a pour trois ans. Ce qui devrait faire 2 000 euros.

Que se serait-il passé si on avait fait de la prévention ? Et peut-on en faire ?

Les soins de développement, c'est favoriser le self-feeding, tous ces autocontacts autour de la bouche. Si je l'avais vue toute petite, j'aurais dit aux parents "installez-la de cette manière, mettez-la en écharpe pour que la main vienne à la bouche, proposez-lui des jouets texturés, incluez des soins de bouche tout de suite dans les rituels de soins sur la table à langer". Ce qui est important, c'est la redondance. La première des grimaces n'est pas un échec. Bébé mange sa première cuillère ? Il fait "berk". Maman, elle, goûte. Il y a un ajustement maternel. Lorsqu'à la première cuillère, on obtient 70 % de grimaces, à la septième cuillère, on n'a plus que 20 % de grimaces grâce à ce jeu d'acteurs. Mais parfois, pour les mamans, la première grimace,

c'est un échec. Il va falloir trouver des stratégies au quotidien : il est plus facile de manger dans les bras. Il faut travailler l'autonomie alimentaire, aucun enfant pris en charge dans notre structure ne l'est sur un temps de repas.

La prise en charge précoce, c'est limiter le forçage alimentaire pour éviter d'augmenter le stress. L'enjeu des sept premiers mois : mettre en place très tôt des soins dentaires. Ce qui est génial : deux fois par jour, mettre une brosse à dents dans la bouche, jouer à imiter papa et maman de manière redondante. Si ce n'est pas stressant, c'est très intéressant à proposer précocement. Cela permet de limiter les inadaptations psychosociales: des parents qui deviennent permissifs au niveau alimentaire parce qu'ils n'en peuvent plus. Et donc, ils ne font manger que des Blédichef de la couleur verte. Parce qu'il n'y a plus que ça qui calme l'ambiance à la maison.

L'approche systémique est certainement la voie royale contre ces troubles alimentaires précoces – une équipe d'éducateurs libéraux à Angers la propose. Mais il faut que les parents les paient pour qu'ils viennent à domicile. Personne n'a envie de payer des éducateurs qui s'assoient à côté de vous en disant "il faut changer le système".

Quand on fait de la prévention, on fait cinq séances, en moyenne, de coaching parental. On rassure les parents sur leurs compétences une fois par mois en les accompagnant sur un petit décalage à la norme. Coût de ce genre de séances, 118,25 euros. Pour la famille, c'est une belle opportunité de découvrir ce qu'est un jeune mangeur.

Pourquoi les troubles alimentaires pédiatriques augmentent-ils ?

D'abord, on a beaucoup de maladies chroniques, des maladies inflammatoires, comme le RGO et l'œsophagite, et des troubles neurodéveloppementaux (25 à 50 % des cas de troubles alimentaires). Or, un enfant autiste qui consulte à 3 ans, c'est déjà trop tard. On peut faire des choses, mais c'est une énergie folle à mobiliser. La principale cause actuelle de consultation, c'est ce réflexe nauséux invalidant parce que les enfants n'ont pas joué avec leur bouche, parce qu'ils n'ont pas fait d'expériences précoces, avec des sélectivités alimentaires très compliquées.

Je vais encore citer Boris Cyrulnik : *"La nourriture est plus chargée en symboles qu'en glucides, lipides et protides"*. On mange des symboles. *"Si vous n'aimez pas les carottes, je vais trouver une recette pour vous faire aimer les carottes"*.

Comme je suis encore en doctorat, j'ai eu la chance de faire une semaine de cours sur les rongeurs. Je me suis dit, on connaît plein de trucs sur les rongeurs. Si on les met dans un environnement enrichi – une crèche à rats avec une petite roue, des tubes pour faire du sport avec des copains –, ils doivent résoudre des problèmes pour manger, ce qui modifie l'expression des gènes. L'expression, la structure et la physiologie des neurones sont augmentées, avec des processus de mémoire eux aussi augmentés. De plus, les réseaux neuronaux sont modifiés. En 1961, on savait que les rats, en environnement enrichi, avaient des cortex plus lourds et plus épais. Les aires visuelles et somatosensorielles, c'est-à-dire ce qui va permettre la coordination entre le corps et l'environnement, sont nettement plus robustes. Avec des ramifications très costaudes et des densités synaptiques au millimètre cube hallucinantes. Même les cellules gliales, qui sont des cellules de support, sont beaucoup plus importantes en termes d'efficacité.

Et nous, que faisons-nous avec nos bébés ? On les met dans des installations contenant dans lesquelles ils ne peuvent pas mettre la main à la bouche. Pour le faire, un bébé doit être couché

à plat dos, parce qu'il faut écarter l'épaule du corps et tourner la tête sur le côté. La tétine, dont on n'a pas besoin en dehors des périodes pour se calmer et s'endormir, constitue un obstacle aux expériences orales.

Actuellement, la priorité, à chaque fois qu'on va à l'hôpital, c'est la santé. Mais lorsque je travaillais dans un service de neuropédiatrie, le psychomotricien faisait les jeux autour de la bouche, l'éducatrice proposait une dînette, venait à table avec les familles. Aujourd'hui, on fait de la chirurgie éveillée, mais on n'a pas de psychomotricien dans le service pour prendre soin des enfants. On abandonne cette sphère orale. Et quand on regarde l'alimentation hospitalière et industrielle, on a peu de variété, la texture est la même. Ce n'est pas très attractif.

Il n'y a pas de partage implicite : si je mange des Blédichef, papa et maman ne vont pas les goûter et les manger comme moi. Et on a des pathologies comme les allergies alimentaires (réelles ou autoproclamées) qui induisent aussi des régimes particuliers des milieux appauvris. On sait que plus on est allergique à un grand nombre d'aliments, plus le risque de sélectivité sera important.

Dans le service où je travaillais, il y avait deux mixés de viande, deux mixés de légumes. Parfois, dans les établissements où j'anime des formations, on met dans le mixeur le hamburger et les frites. Bravo, l'apprentissage, quand on est hospitalisé huit mois ou quand on passe plusieurs années dans une institution !

Dans quel monde vivent les enfants et les parents ? En 2013, 15 % des enfants mangeaient avant 3 mois devant un écran. Cela crée un état hypnotique : on ne sait pas ce qu'on mange et il n'y a pas de relation avec l'adulte.

Aux États-Unis, l'étude de Chrisa Arcan a montré qu'il y avait 38 minutes par jour de publicités d'aliments classés non sains, environ 7 000 pubs par an qui influencent le choix des enfants. Pour l'obésité, c'est génial ! D'ailleurs, les enfants qui ont des troubles alimentaires mangent devant la télé, parce qu'ils gagnent 30 % de rations caloriques en plus. En revanche, on sait que plus on regarde des pubs avec des aliments non sains, plus on a envie de les manger. Et lorsqu'ils ont remplacé les pubs dans un groupe d'étude, avec des pubs avec des aliments sous leur forme brute et adaptée sous forme de Jojo la carotte et Sophie la tomate, les enfants mangeaient plus variés.

Depuis dix ans, je n'ai pas vu un cuisinier d'établissement dans mes formations. Lors d'une de mes dernières formations dans un collège-lycée de la région parisienne, j'ai parlé du brossage des dents le midi pour des enfants très handicapés. On m'a répondu "ça va pas, on a autre chose à faire". Sauf qu'ils sont dépendants : ils ne bougent pas leur langue dans la bouche et ils mangent du mixé qui colle aux dents. Je n'ai également pas de dentistes dans mes formations. Je me suis encore fait refuser le financement des formations pour les sages-femmes parce que ce n'est pas leur travail, de réfléchir et accompagner les troubles précoces. J'ai eu deux pédiatres en formation en dix ans sur la question du trouble alimentaire. Dans d'autres établissements, on m'a dit "tu formes seulement quatre personnes, parce qu'ils vont former les autres par porosité". Ça ne marche pas, évidemment. Après 5 000 personnes formées en 15 ans, je n'ai pas de résultats sur l'amélioration des soins, sauf dans les deux établissements où on m'a fait venir trois années de suite pour voir tout le personnel éducatif et soignant et instaurer une culture commune. Mais souvent, on me demande de faire des formations sur les enjeux thérapeutiques mais pas de programme de prévention.

Avoir envie de manger, c'est avoir envie de quelque chose d'agréable. Manger, pendant les premiers jours, ce sont des expériences sensorielles. Il faut essayer souvent, sans se décourager. Et les parents ont besoin d'un vrai support dans leur quotidien pour accompagner leurs enfants. La grimace, ce n'est pas grave, si vous goûtez, c'est tout de suite plus facile. Des mamans disent "j'ai honte, j'ouvre la bouche quand je donne à manger à mon bébé". La honte, c'est de ne pas le faire. Goûtez le petit pot avec lui mais avec chacun sa cuillère pour limiter les risques de contaminations bucco-dentaires par les streptocoques mutans. Ce sont des expériences cognitives qui sont importantes, il faut comprendre ce qu'est un aliment, aller au marché, cuisiner et le partager. Avec les plats préparés, on n'a pas cette histoire-là, l'expérience cognitive est très limitée.

Des établissements me disent "chez nous, le repas est convivial". La définition de la convivialité, c'est manger, partager avec relation, c'est-à-dire qu'il faut manger la même chose que l'enfant que l'on nourrit, peu d'éducateurs souhaiteraient être nourris comme les enfants polyhandicapés. Le groupe est important, dans l'apprentissage. Il faut de la pluridisciplinarité. Les soins de développement, c'est la priorité, limiter l'apparition de pathologies secondaires à un défaut d'apprentissage.

C'est facile, de changer une trajectoire neuronale et épigénétique en train de se distordre. En revanche, quand les réseaux neuronaux sont installés, il faut tout détricoter. Et je ne parle pas des facteurs psychiques, des pare-feu sensoriels, qui deviennent un enfer plus tard. Les soins bucco-dentaires sont une belle opportunité pour préserver la bouche : on entre avec bienveillance et je pense que les pédodontistes maîtrisent ça très bien, maintenant. Il faut vraiment se spécialiser pour les professionnels de santé et de la petite enfance. Et ce qui est important, c'est la prévention, cela implique de se former en équipe.

Questions du public et des internautes

F. Lossent : *Dans les enjeux de l'oralité, on sent l'importance de développer la dimension plaisir. C'est une clé à travailler ?*

Dr B. Chevalier : Manger ensemble, avoir du plaisir à partager, c'est ce qui va faire qu'on devient omnivore. Le panda, par exemple, ne mange que du bambou, c'est certain qu'il ne va pas survivre. Pour être en bonne santé, il faut manger varié, mais pour manger varié, il faut du plaisir. Ces enfants qui mangent n'ont aucun plaisir à manger, ils sont remplis. C'est un enjeu uniquement nutritionnel.

Dr Jeanne Terradot, chirurgien-dentiste : Vous n'avez pas parlé de la DME, la diversification menée par l'enfant. Je voulais savoir quel était votre conseil : à quel âge, et sous quelle forme ?

Dr B. Chevalier : Je vais sûrement vous choquer. Les hôpitaux parisiens constatent une recrudescence d'étouffements. Je pense que quand on n'a pas de dents, c'est comme dans les Ehpad, on ne mange pas de morceaux parce que c'est dangereux. Une fausse route, chez un enfant, c'est dramatique. Ils ne sont pas capables de trier. En revanche, il n'y a pas besoin d'inventer une méthode. Il est important de patouiller dans les aliments, de mettre sa main dans la banane et de se la mettre tout seul dans la bouche. Les méthodes, ce sont toujours des dérives. Mangez ensemble : votre enfant s'intéresse à votre assiette, il y a une patate, vous l'écrasez à la fourchette, il n'a pas de dents, il met ses mains dedans, il goûte. Il n'y a pas

besoin d'une méthode, mais juste de bon sens. Les gens qui donnent des aliments sous leur forme brute, c'est une dérive de la DME. Comme la motricité libre, où ils finissent par être abandonnés au tapis. C'est dangereux. Explorer, c'est chouette, mais on ne peut pas tout explorer tout seul. L'expérience sensorielle et cognitive est importante, mais l'adulte bienveillant doit toujours être là et cadrer.

Pr Christèle Gras Le Guen, pédiatre : Merci pour cette présentation passionnante. Des parents qui veulent être parfaits, font le marché, patouillent avec leur bébé, passent du fil dentaire et des compresses sur les gencives, se mettent la pression d'eux-mêmes. Les préconisations que vous faites sont majeures pour les enfants vulnérables que vous avez mentionnés. Mais il faudrait trouver un équilibre pour ne pas se retrouver avec des parents encore plus stressés, qui défilent dans les urgences pédiatriques du matin au soir pour étancher leurs angoisses. Qu'on ne leur mette pas des injonctions impossibles à tenir et qu'on soit particulièrement vigilant sur les populations vulnérables.

Dr B. Chevalier : Je rappelle Donald Winnicott : *«On doit être juste bon en tant que parent »*. Ni trop, ni pas assez. Quand c'est trop, on n'est plus un adulte heureux, on est pieds et poings liés. Beaucoup de parents ne cuisinent jamais, ne font pas découvrir les aliments à leurs enfants, les font manger devant la télé. C'est plutôt à ceux-là, qu'on s'adresse. Mais je suis d'accord : il y a toujours des extrêmes dans tous les cas. Et il faut juste être de bons parents. Pour en revenir aux mamans, on a fait une étude en approche systématique, et 98 % des repas des enfants qu'on suit sont assurés par les mamans, y compris pour les rendez-vous. Je pense à une étude Nutrisafe : 97 % des repas, en moyenne, sont assurés par les mamans. Avec cependant un investissement plus important des néo-papas. Peut-être faut-il changer de mari à chaque enfant, c'est une solution...

Un internaute : *Quelle différence de prise en charge y a-t-il entre les kinés et les orthophonistes ?*

Dr B. Chevalier : Je ne crois pas qu'il y en ait : on prend soin des enfants. Je vais faire une réponse académique. Les orthophonistes sont nuls en problèmes respiratoires et en pneumopathies par inhalation, première cause de décès des enfants vulnérables neurologiques. Les kinés sont très forts sur ce point mais ils sont nuls en déglutition alors que les orthophonistes, c'est leur travail. Il faut travailler ensemble. J'ai épousé une orthophoniste, elle a beaucoup changé ma pratique. On collabore quotidiennement sur nos patients, parce qu'on n'a pas la même façon de voir l'enfant. Je vais travailler sur la posture. Elle va aborder le problème sous un autre angle. Et ce n'est pas qu'une question de professions. Entre deux individus, déjà, on a une autre façon d'aborder la famille et l'enfant. On est tous compétents. En revanche, il faut être formé. Et c'est tout l'enjeu.

F. Lossent : *Ce que vous dites, c'est qu'il faut peut-être sortir du cadre ?*

Dr B. Chevalier : La kiné pédiatrique, on sort déjà du cadre. C'est un métier qui n'existe pas vraiment. Ce sont des post-grades qu'on accumule d'année en année. J'enseigne les troubles de l'oralité en école d'orthophonie. Ce sont des enseignements plutôt restreints au cours des études. On retrouve les deux professions comme on peut retrouver des psychomotriciens, des puéricultrices de PMI, qui vont être plus dans la partie prévention. Il faut qu'on travaille vraiment ensemble.

F. Lossent : *Vous avez souligné les coûts exorbitants à travers des cas cliniques, ça n'avance pas, cette question de la prévention ?*

Dr B. Chevalier : Moi qui travaillais sur les déformations crâniennes qui s'installent dans les trois-quatre premiers mois de vie, je constate que c'est une épidémie fabuleuse, en France.

On n'a pas d'actes de prévention dans nos nomenclatures. L'enjeu est là. Si on avait une consultation, un bébé comment ça marche, comment il devient un jeune mangeur et qu'on avait des professionnels cibles, on n'en arriverait pas à la situation de Capucine. Je l'aurais vue très tôt et j'aurais fait peu de séances. Je n'ai plus de places pour la prévention, je suis embouteillé. Toutes les orthophonistes ont deux ans d'attente en moyenne.

Je suis diplômé depuis presque 30 ans, je trouve que c'est dur. On en arrive à des situations impossibles à gérer. On a décidé qu'on ne prenait plus d'enfants de plus de 5 ans, parce qu'on n'a aucun moyen de les accompagner derrière. C'est horrible, d'en être arrivé là. Les 5-ans nous prennent tellement de temps de prise charge qu'on est devenu clivant pour privilégier des enfants pour qui on aura des réponses et des résultats. Le jour où on a pris cette décision, toute l'équipe a pleuré. Je trouve ça scandaleux. Au bout de 30 ans, j'ai décidé de ne plus prendre les enfants des établissements qui doivent être soignés au sein de leur établissement en équipe et parce que je ne peux plus prendre l'enfant à 200 mètres de chez moi ou les enfants plus vieux, parce qu'il faut mobiliser tellement de ressources indisponibles actuellement que je sais déjà que je n'aurai pas de résultats. C'est une forme d'effraction dans mon engagement en tant que soignant. J'ai un peu honte de raconter ça, mais c'est ainsi.

Dr Faika Badri, chirurgien-dentiste, UFSBD Bouches-du-Rhône : J'ai une fille sage-femme. Dans sa profession, on dirait que la bouche n'existe pas. Les femmes enceintes, on leur parle de tout, sauf de la bouche. Le seul moment où on va l'évoquer, c'est dans la manière de mettre la bouche au niveau du sein pour l'allaitement. Mais on ne parle pas d'hygiène bucco-dentaire, ça ne fait pas partie du quotidien. Comme vous l'avez dit, les sages-femmes ne sont pas là pour s'intéresser à la bouche. Ce qui est scandaleux : l'hygiène bucco-dentaire commence justement très tôt avec la sage-femme, le gynécologue, le pédiatre, etc.

Dr Christophe Leman, chirurgien-dentiste UFSBD Hauts-de-France : Des deux interventions précédentes, je vais retenir les mots isolément, combat, prise en charge. Une profession qui se mobilise autour de la prévention bucco-dentaire, c'est un combat de tous les jours. Après 30 ans d'expérience, alors qu'on m'avait dit que la carie dentaire n'existerait plus, je mutile encore des jeunes, malgré toutes les mesures de prévention existantes. Pourquoi a-t-on perdu le bon sens de nos grands-parents, les recommandations de base, le soin de bouche, le soin quotidien des dents ? Tout ce qui a été construit en 50 ans. Aujourd'hui, on s'aperçoit que dans une frange de la population, ça a disparu. Est-ce un problème de relation entre les professionnels, de surinformation ou alors prend-on pour acquis ce qui devrait être connu de tous ?

Dr B. Chevalier : Je fais une thèse et j'avoue être impressionné de ma montée en compétence en connaissances. Je suis émerveillé de mon travail, modestement. C'est une gourmandise au quotidien. Je me dis, c'est génial ce qu'on connaît. Et dans mon quotidien, rien ne s'applique. C'est très difficile. Ce n'était pas mieux avant, c'est juste que maintenant, on sait. Il faut qu'on se mobilise, mais ce sont souvent des vocations locales. Nous, dans notre région, sur l'hygiène bucco-dentaire, sur les personnes handicapées, on a une équipe extraordinaire, en libéral, mais à 80 kilomètres, en Vendée, on trouve davantage de vétérinaires que de dentistes. Donc, c'est très compliqué, d'avoir autant de connaissances et de savoirs et de voir qu'ils ne servent pas. Avant, on avait du bon sens, mais on n'avait pas les connaissances. Maintenant, on a les connaissances, mais on a peut-être perdu le bon sens. Je veux bien être professionnel du bon sens avec une modélisation des connaissances. C'est peut-être un nouveau métier...

F. Lossent : *Le volontarisme individuel ou à travers les petites équipes a besoin d'être soutenu et accompagné...*

Dr B. Chevalier : Oui. Ce n'est pas facile : collaborer, par exemple, avec un centre d'action médicale précoce, aller à un staff... J'y vais gratuitement parce que ça ne fait pas partie de mon travail de kiné libéral. Ce n'est pas dans ma nomenclature, donc tout ce qui est partage de connaissances avec des gens qui ont déjà une énorme charge de travail, ce n'est pas facile. Quand j'y vais, c'est au détriment des séances et de plein d'autres choses. Les orthophonistes ont un acte de prévention sur le langage, mais c'est ultra-important, d'avoir du temps et d'être avec les gens. On sait, sur la déformation crânienne, que les posters et flyers ne servent à rien. Il n'y a rien de mieux que de la main à la main et un temps de consultation ensemble. C'est peut-être ça qui manque, par rapport à avant, on est moins ensemble.

Évaluer les risques, prévenir et détecter précocement
Connaître les pathologies bucco-dentaires pour agir au mieux

Pr Jean-Louis Sixou

On est juste après les 1 000 premiers jours. Et c'est une catastrophe. Toutes les dents sont détruites, à part en bas.



Au cœur de la santé des Français

Une association au cœur de la santé

Carie précoce de l'enfant (biberon sucré la nuit)

- Pas d'information de la mère
- Habitudes familiales
- Pas de détection / PS
- Pas de visite chez PS ?
- Pas de formation des PS ?
- Comment prévenir ?
- Comment guérir ?



Vendredi 29 octobre 2021 – XXIII^{ème} Colloque National de Santé Publique

www.ufsbd.fr



Que s'est-il passé ? Cet enfant, qui a des caries précoces, a eu un biberon sucré toutes les nuits, qui faisait office de nounou. La maman n'a pas été informée des méfaits de ce biberon. Il y a toujours eu des caries dans la famille. Mais aucun professionnel de santé ne l'a détecté. Y a-t-il eu des visites ? Est-ce un patient passé en dessous de nos radars ? Les professionnels de santé sont-ils correctement formés ? C'est le débat de la journée : on a besoin de cette formation pour prévenir. Et je milite, par ailleurs, pour la création d'une spécialité de dentiste pédiatrique.

Quelques mots ressortent : éducation thérapeutique, multidisciplinarité, prévention des caries... On va aussi parler des fonctions mais aussi du handicap, très souvent le grand oublié de la santé bucco-dentaire. Et réciproquement, la bouche est la grande oubliée quand on parle du handicap.

Quelques rappels sur la carie. Voilà des dents. Un colorant a été appliqué sur la plaque dentaire. Quand c'est rose, c'est une plaque dentaire récente. Quand c'est bleu, ça fait au moins 48 heures qu'elle est là.

ufsbd 55 ANS
Au cœur de la santé des Français

Une association au cœur de la santé

Mécanismes carieux

- Les bactéries de plaque dentaire (Biofilm) / Streptocoques mutans
 - . utilisent les sucres/glucides cariogènes -> acide
 - . en dessous de pH 4,5 la dent se déminéralise
- La salive permet
 - . une dissolution des acides
 - . une remontée du pH
 - . une reminéralisation



Vendredi 29 octobre 2021 – XXIII^e Colloque National de Santé Publique

www.ufsbd.fr

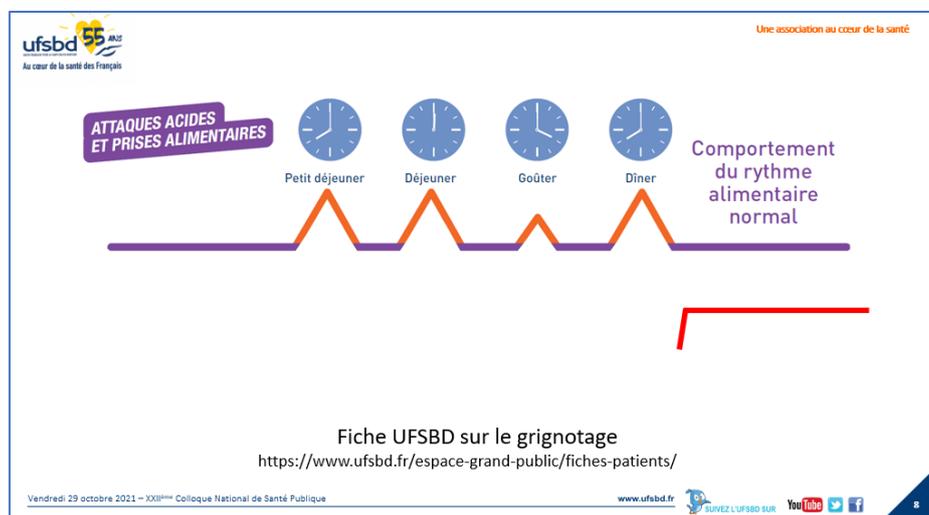
SUIVEZ L'UFSBD SUR YouTube f

6

On voit des endroits où la brosse à dents ne passe pas, si tant est qu'elle puisse passer. Et il y a des bactéries. Certaines ont le joli nom de streptocoque mutans. Elles ont comme caractéristique de savoir utiliser les glucides, dont les sucres, pour produire des acides. Et à partir d'un certain degré d'acidité, la dent se déminéralise. L'amidon est un de ces glucides. Le pain donne des caries. Les frites aussi : elles ne sont que de l'amidon.

Face à cela, la salive est une grande alliée. Elle permet de remonter le PH, c'est-à-dire de diminuer le pic d'acidité. Elle favorise une reminéralisation, parce qu'elle contient du calcium, du phosphate : tout ce qu'il faut.

Le problème : dès qu'on se met à grignoter, la salive est dépassée. La nuit, on n'en a pas, c'est pour ça qu'on se réveille avec la bouche sèche. Ce qui veut dire, d'ailleurs, que les caries attaquent plus fort la nuit.



J'ai tiré ce document de la fiche UFSBD sur le grignotage. C'est une situation normale : on a quatre grands pics d'acidité dans la journée. On a mangé : les bactéries se régalent, la salive va faire son travail. Le soir, on se brosse les dents. Le brossage du soir est le plus important. Il va apporter du fluor pour bien protéger pendant la nuit. Si la bouche reste libérée de toute nourriture, on est alors préservé.

Maintenant, on prend le grignoteur. Le jus de fruit, c'est bien, mais c'est du sucrose qui vient du fruit, plus le sucre ajouté. Et la salive est dépassée. Un enfant qui a pris un biberon avec de

l'eau et du sucre, du lait et du sucre ou du jus de fruit se retrouve avec un pic d'acidité permanent, toute la nuit, dans la bouche : les dents ne peuvent pas échapper aux caries.

Les streptocoques mutans s'acquièrent dès qu'il y a des dents. Mais il y a un moment clé, en plein pendant les 1 000 premiers jours : lorsque la première molaire temporaire sort au fond de la bouche. Cette dent augmente les surfaces que les bactéries peuvent coloniser, parce qu'il y a des creux, des bosses, tout ce qu'il faut pour bien se cacher.

Ces bactéries sont principalement transmises par la maman. Si les hommes s'occupaient plus des enfants, il y aurait très certainement plus de «responsabilités» de la part du père.



Voilà une bouche qui paraît avoir de jolies dents... Or, le maxillaire n'est pas assez large du tout, les dents sont tournées vers l'intérieur. Il n'y a aucun espace entre les dents, qui commencent à se chevaucher. On sait déjà qu'on va avoir des problèmes. Ces dents, en denture temporaire, devraient être en bout à bout. Or, les dents en bas sont trop en retrait. Et ce retrait sera plus important en grandissant : cet enfant consultera un orthodontiste. Que se passe-t-il ? C'est là que les fonctions sont importantes. Quand on utilise bien la langue qui s'applique au palais, qu'on ventile bien par le nez et non par la bouche, on crée des forces qui s'exercent sur les côtés, vers les côtés, qui font grandir dans les trois sens de l'espace et permettent au maxillaire et à la mandibule (aux deux mâchoires) de bien se développer. C'est important et ça se joue dès les premiers âges.

Que transmettent les parents et les grands-parents ? De l'amour – certains enfants en manquent – une culture, dont des habitudes alimentaires ; une flore buccale ; des gènes, qui influencent la qualité des tissus, de la salive, de notre immunité pour nous défendre. Quelle aide peut-on, dès lors, apporter à ces différents niveaux pendant la grossesse ? Quand on améliore la santé bucco-dentaire de la femme enceinte, on diminue le risque de caries chez elle. Contrôler la flore de la bouche, la flore bactérienne, permet de diminuer la transmission des bactéries cariogènes à l'enfant. Et de fait, générera moins de caries chez l'enfant. Toutes

les études le prouvent. À condition qu'il y ait des visites régulières chez le chirurgien-dentiste. Le dispositif M'T dents, étendu aux femmes enceintes, favorise ces visites. En tant que professionnels, nous avons un rôle d'éducation thérapeutique sur les brosses à dents, le dentifrice au fluor, l'utilisation du fil dentaire, les techniques adaptées. Et on peut compléter par des applications de vernis, de gel, etc.

Les comprimés de fluor sont-ils utiles pour protéger le fœtus ? Non, toutes les études montrent que le fluor ne passe pas la barrière placentaire. Les gouttes et les comprimés fluorés n'ont plus la cote : ils apportent plus de problèmes qu'ils n'en résolvent. Si on veut administrer du fluor, ce sera du fluor topique, directement sur les dents via le dentifrice. Une fois que l'enfant est né, les études le prouvent : s'occuper des dents de la maman permet de diminuer la transmission des bactéries à l'enfant et d'améliorer sa santé bucco-dentaire, de diminuer le risque de caries. Bien entendu, on va garder la même action thérapeutique, prophylactique, et de conseil vis-à-vis de la jeune maman pour protéger l'enfant.

À part l'hygiène bucco-dentaire, l'utilisation d'un chewing-gum au xylitol peut être un excellent complément pour diminuer la transmission des bactéries cariogènes à l'enfant. Le chewing-gum sans sucres nettoie. Le xylitol sélectionne des bactéries non cariogènes. De plus, mastiquer active la salive, principal élément protecteur vis-à-vis de la carie. Le chirurgien-dentiste peut faire le reste : application de vernis fluoré, de vernis à la chlorhexidine qui vont permettre de contrôler les caries et la flore buccale de la maman et donc les risques de transmission à l'enfant.

Avant l'arrivée des dents, il ne faut pas habituer l'enfant à des biberons renforcés en sucre. Le lait maternel ou en biberon est largement suffisant. On peut commencer à faire un simple nettoyage de la cavité buccale, avec amour et dans le contact avec l'enfant, ce qui permet d'habituer l'enfant à connaître sa bouche. À nouveau, ni gouttes ni comprimés fluorés : ils ne servent à rien.

Au niveau de l'allaitement, il est possible d'en alterner différentes positions pour l'enfant. Du point de vue des fonctions du développement de la cavité buccale, il est préférable que l'enfant ne soit pas totalement allongé : ça ne fait pas travailler les muscles de la cavité buccale de la même façon. Toutes ces fonctions, quand elles sont mises en jeu, permettent de réguler la croissance des maxillaires. C'est important, de faire travailler les muscles de la face, du cou, dès les premiers âges. On peut toujours, dans la relation parent-enfant, activer la tête, le cou, diversifier l'alimentation le plus tôt possible : ça fait travailler l'enfant au niveau des fonctions.

Pour ce qui concerne la trisomie 21, caractérisée entre autres par l'hypotonie, la langue basse, etc., il est nécessaire, en matière de multidisciplinarité, que les orthophonistes et les kinésithérapeutes interviennent dès les premières semaines pour travailler sur l'hypotonie, sur la langue. Le dentiste peut arriver en complément dès l'âge de 3 mois.

Avant même d'arriver dans la cavité buccale, il est important de travailler sur l'ensemble du corps, avec des massages. Ce qui permet de travailler la proprioception, c'est-à-dire la capacité à ressentir son corps en trois dimensions dans l'espace. Et, au fur et à mesure, remonter vers la face, en s'approchant petit à petit de la cavité buccale. Il faut y aller tout doucement. La tête, la face, le cou, font partie de l'ensemble du corps.

Afin d'évoquer le travail des kinésithérapeutes avec les patients porteurs de trisomie 21, une activation quotidienne est menée : les parents peuvent y participer. On peut même utiliser une tétine – l'un des rares cas où je suis pour la tétine. Elle est utilisée comme instrument pour aider l'enfant à acquérir la connaissance de sa propre bouche. Et elle renforce la tonicité musculaire. Tout un travail est fait pour apprendre à l'enfant à découvrir sa cavité buccale et à renforcer sa tonicité. Ces techniques peuvent être utilisées pour d'autres problèmes de santé. La société Hop'Toys, à Montpellier (Hérault), propose également toute une série d'instruments.

Nous, en tant que chirurgiens-dentistes, pouvons intervenir à l'âge de 3 mois et utiliser de petites plaques qui tiennent par effet ventouse. Ici, c'est pour stimuler la lèvre, et faire fermer la bouche. Ici, pour activer la langue. Quand c'est en arrière, on travaille avec le dos de la langue. Vers l'avant, c'est la pointe de la langue, qui va travailler. La langue va au palais, la lèvre travaille dans tous les sens. C'est du bodybuilding labial, qui fonctionne très bien. Et il est accompagné par une activation des points neuromoteurs.

Parlons de la prévention des caries. À partir de 6 mois, on voit arriver les premières dents. Elles seront toutes là à l'âge de 30 mois, dans les 1 000 premiers jours. Encore une fois, l'un des points clés à retenir : ne pas donner de biberon pendant le sommeil, garder la bouche propre toute la nuit, éviter le grignotage.

À l'écran, on a un enfant qui a bu toute la journée du lait, additionné ou non de sucres. Même le lait contient 7 % de lactose. Ce qui n'est pas très sain, au bout d'un moment. Il faut que la bouche respire. Sinon, on voit des caries précoces de l'enfant. C'est une catastrophe. Et M'T dents à 3 ans, dans ces cas-là, s'avère trop tardif.

On se dit, c'est le sucre, les gâteaux, les bonbons ? Non. Voici une étude qui a une trentaine d'années : ils ont étudié, chez l'animal, les caractéristiques des différents aliments. Le niveau 1 a été donné au sucre. 0,4 pour le yaourt nature, pas de problème à condition de ne pas le sucrer. 0,9 pour le pain, plein d'amidon. C'est un glucide, et donc cariogène. Comme les frites et les bananes, qui donnent plus de caries que le sucre. Les raisins secs sont du fructose concentré, c'est très cariogène. Conclusion : on peut manger de tout mais pendant les repas. Il faut éviter le grignotage. Pour compléter, il faut savoir qu'un pot de yaourt aux fruits représente l'équivalent de huit carrés de sucre. Un soda, 17. Et un jus de pommes, 20. Et les jus de fruits sont très agressifs pour les dents, en raison du phénomène d'érosion, indépendamment de la carie.

Bien sûr, il faut nettoyer les dents dès les premières dents. On peut se mettre en arrière de l'enfant si on veut utiliser une brosse à dents, deux fois par jour, avec un dentifrice au fluor adapté et en faible quantité. Le collège des enseignants en odontologie pédiatrique et l'UFSBD sont d'accord dans leurs recommandations. Au début, il faut appliquer une simple trace. Au fur et à mesure, on va augmenter jusqu'à appliquer l'équivalent d'un petit pois. Avec un dentifrice à la concentration de 1 000 ppm.

Pour les fonctions, il faut favoriser une alimentation diversifiée, c'est important. Introduire des aliments qui font mastiquer pour avoir une mastication dans les trois sens de l'espace. Il faut essayer d'avoir une déglutition pendant laquelle la langue ne s'interpose pas entre les dents, mais va s'appliquer au palais.

La ventilation est importante. Un enfant qui ne ventile pas ou ne respire pas par la bouche ne va pas développer son palais. La langue reste en position basse, elle n'appuie pas sur le palais,

donc elle ne le pousse pas pour se développer. L'enfant aura une mandibule en retrait, tout simplement parce que quand on ouvre la bouche, on contracte des muscles, notamment le muscle génio-hyoïdien. En se contractant, il empêche la mandibule de grandir. Cela perturbe le sommeil et peut conduire à l'apparition d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Et le sommeil d'un enfant a des conséquences sur sa vie quotidienne et son développement.

En conclusion : ces 1 000 premiers jours sont la période clé pour prévenir, détecter et intercepter. On s'adresse à la femme enceinte, à la jeune maman, à l'enfant, sans problème de santé ou en situation de handicap.

J'ai parlé des caries précoces de l'enfant mais les fonctions sont très importantes. J'aurais pu parler des muqueuses, de la gencive et autres. Il faut des visites régulières chez un chirurgien-dentiste, le plus tôt possible. Et c'est l'affaire de tous les professionnels de santé : on a besoin de travailler ensemble et de se former. Je participe à l'enseignement pour les étudiants en orthophonie à Rennes (Ille-et-Vilaine, mais ce n'est pas assez. Il faudrait former tout le monde à la cavité buccale.

Questions du public et des internautes

F. Lossent : *La santé bucco-dentaire des parents est donc directement liée à celle des enfants ?*

Pr J.-L. Sixou : Les études montrent qu'il y a un lien entre la santé bucco-dentaire des enfants et des parents, surtout de la maman. Et il y a un lien avec le risque de caries pour les enfants. Quand on regarde les dents des parents, on sait s'il y a un risque plus ou moins élevé pour les enfants.

F. Lossent : *On a retenu la thématique du grignotage, c'est un danger très repéré ?*

Pr J.-L. Sixou : Oui. Le grignotage sous toutes ses formes. Le biberon la nuit dans la bouche de l'enfant est une autre forme de grignotage. Il est vraiment l'ennemi de la salive, qui, elle, rattrape les pics d'acidité.

F. Lossent : *Les biberons de nuit sont une catastrophe de santé publique ?*

Pr J.-L. Sixou : Dans les années 1980, on pensait qu'on allait pouvoir vaincre la carie. Et on a vu une explosion de caries extrêmement destructrices. Il n'y a que les incisives en bas, qui sont protégées par la langue. Sinon, les dents se dégradent très rapidement.

F. Lossent : *Aujourd'hui, ces informations peuvent permettre de changer la donne, si elles sont partagées entre professionnels ?*

Pr J.-L. Sixou : Le chirurgien-dentiste voit l'enfant vers 3 ans avec M'T dents. Il faut que tous ceux qui voient l'enfant avant 3 ans puissent intervenir et porter la "bonne parole". Il est essentiel d'être dans la multidisciplinarité.

Dr B. Perrier : Pour préciser... on parle du biberon. Mais l'allaitement la nuit, c'est pareil. Et on a des pratiques, en ce sens, qui se développent de plus en plus.

Pr J.-L. Sixou : C'est un sujet très polémique. Effectivement, le lait maternel, c'est 7 % de lactose (sucre cariogène). Reconnaissons qu'il y a du calcium : c'est moins agressif que du sucre. Mais ça ne laisse pas la bouche respirer et la salive faire son travail. Personne ne laisserait toute la nuit, sur une partie du corps, du lait qui stagne. Pourtant, on l'admet dans la cavité buccale de l'enfant. Je suis pour l'allaitement, le plus longtemps possible. Mais à

partir du moment où il y a des dents – avant, il n’y a aucun problème, laissons la cavité buccale respirer pendant la nuit.

Dr B. Perrier : Par rapport à la visite chez le chirurgien-dentiste, la recommandation professionnelle préconise dès 1 an, dans les six mois de l’apparition de la première dent. Entrer en lien constitue une première approche. L’objectif, c’est surtout de voir l’enfant, pour pouvoir travailler sur l’accès à la bouche, à l’hygiène, à l’alimentation, à la respiration, détecter s’il y a un problème et travailler avec une équipe pluridisciplinaire s’il y a besoin. Dans M’T dents, la visite des 3 ans est arrivée il y a peu de temps. On attend la visite à 1 an pour compléter la brique avec celle de la femme enceinte.

F. Lossent : *Cet enjeu de ne pas stigmatiser, ne pas rendre coupable, vous le partagez au quotidien ?*

Pr J.-L. Sixou : Oui. On voit des parents qui pensaient bien faire et arrivent avec un enfant qui a des caries à 2 ans. Intervenir sur un enfant de cet âge, c’est terrible. Et c’est un défi, pour les dentistes pédiatriques. On est confronté à un tel problème qu’on doit soigner l’enfant, mais aussi les parents de ce complexe de culpabilité qui naît chez eux.

Un internaute : *Considérez-vous la mastication du chewing-gum sans sucres comme un acte de prévention ?*

Pr J.-L. Sixou : Les études montrent l’efficacité du chewing-gum au xylitol. Le chewing-gum favorise la production de salive. Et le xylitol sélectionne des streptocoques mutans qui ne produisent pratiquement pas d’acide. Et donc, permet de contrôler la plaque dentaire, d’avoir des bactéries moins agressives. Même si on les transmet à l’enfant, il y a moins de risques pour lui.

Pr C. Gras Le Guen : Merci pour cette présentation. Elle souligne la nécessité de mesures de prévention. Et il faut réussir à les harmoniser pour que les parents s’y retrouvent. La question de l’allaitement est une question clé : on est convaincu de ses bienfaits, mais il faut harmoniser nos préconisations. Que les parents n’aient pas l’impression qu’on dit des choses différentes. Sinon, les messages deviennent confus.

Vous avez évoqué les positions de couchage, qu’il est indispensable de remettre dans les préconisations et les recommandations. Le fait d’harmoniser nos mesures de prévention sera très utile en termes de visibilité pour les parents. En termes de crédibilité scientifique, pour nous. Et puis d’efficacité dans la prévention. En matière d’allaitement, ce qui est préconisé, aujourd’hui, c’est une promotion sans restriction. Mais il ne faut pas qu’il y ait d’allaitement continu. Et on doit pouvoir coordonner nos recommandations.

Dr B. Perrier : Une précision par rapport à la transmission bactérienne. On sait que plus cette contamination est tardive, mieux c’est. Tous les phénomènes d’immunité se développent chez l’enfant. À l’inverse, plus cette contamination intervient tôt, plus il y a un risque de carie, qui augmente de deux à trois fois. Jeune, on a une immunité immature ; dans ce cas, cette contamination bactérienne est amenée par le corps à être reconnue comme le soi et ne développera pas une production d’immunoglobuline suffisante. La salive ne va pas avoir les mêmes immunoglobulines. Plus on acquiert tard ces bactéries, plus la salive est boostée sur le plan immunitaire. Ce sont des éléments à prendre en compte dans l’hygiène alimentaire. On parlait, d’ailleurs, de goûter avec l’enfant. Oui, mais pas avec la même cuillère.

Dr Hrehorowski : On promeut un allaitement à la naissance. Mais ce qui va nous poser souci en tant que chirurgiens-dentistes, c’est qu’il y a l’allaitement entre 0 et 12 mois et celui qui se

prolonge, de l'ordre de l'intime. Les professionnels ne vont pas être à l'aise pour en discuter. Lors d'une consultation, on demande comment se passent les repas, mais on ne pense pas que la maman continue à allaiter, parce que c'est intime. Or, il y a une grosse différence entre le 0-12 mois et le 12 mois et plus.

M. Hervé Meur, ARS PACA : Les enfants avant 3 ans bénéficient d'un parcours avec consultation obligatoire. Est-ce que les praticiens qui les voient régulièrement les orientent vers des dentistes ? Ou est-ce que ce sont les parents, qui ne suivent pas les recommandations de leurs praticiens dans ces consultations ?

Pr J.-L. Sixou : Je pense qu'il y a un peu des deux. Il y a des professionnels qui ne pensent pas à regarder, parce qu'ils n'ont pas été formés et qu'il y a beaucoup d'autres choses à vérifier lors d'une consultation médicale. On a aussi des parents qui ne sont pas très motivés ou qui ont peur du jugement. Ce sont deux freins énormes. Après, on les voit à partir du moment où l'infection arrive, où l'enfant a mal. C'est un mix des deux, mais si à la base on pouvait travailler sur tous nos professionnels de santé pour que le message soit apporté, on éviterait une partie du problème.

Table ronde : Renforcer la collaboration de tous en faveur de la santé du très jeune enfant

F. Lossent : *Quelles sont vos intuitions quand on parle de collaborations à engager ?*

Dr A. Abbé Denizot : Nous avons été amenés à faire ce colloque parce que le thème des 1 000 premiers jours, lancé par Santé publique France et le ministère, était particulièrement parlant pour nous, chirurgiens-dentistes. On est régulièrement confronté à la difficulté de travailler avec les autres et d'intervenir, malheureusement trop tard.

Mon expérience la plus cruelle est celle d'un monsieur qui a arrêté de travailler pour s'occuper de son enfant handicapé psychomoteur. Cet enfant devait apprendre à déglutir. L'orthophoniste a montré quelques exercices. Pour qu'il mette sa langue au palais, elle mettait un tout petit peu de miel sur le palais pour faciliter l'exercice. Je vois l'enfant, à peine un an après le début du travail avec l'orthophoniste. Le monsieur me dit : "Je ne comprends pas, les dents ne poussent pas". Vous faites ouvrir la bouche à cet enfant et vous voyez que les dents sont au ras des gencives.

Ce monsieur a voulu bien faire. Il s'est arrêté de travailler pour s'occuper de son enfant. L'exercice que lui a montré l'orthophoniste, il l'a fait faire plusieurs fois par jour à son enfant. Cet enfant qui ne déglutit pas a gardé la salive avec le miel. Les dents ont fondu avant d'apparaître. C'est de sa faute ? Non, c'est de notre faute ! Et je me sens concernée. Comment se fait-il qu'on n'ait pas vu cet enfant avant, qu'on n'ait pas pu travailler avec l'orthophoniste ? Lequel n'a pas transmis le message de prévention. Il fallait faire l'exercice, mais pas tout le temps. Il fallait nettoyer la bouche après l'exercice. J'ai un moment de panique... Comment je fais pour le lui dire ? C'est très difficile. C'est un stress pour tous les soignants, ce constat d'échec, quand on se rend compte qu'on n'a peut-être pas bien travaillé, pas communiqué avec les autres professionnels de santé et de fait "oublié" des informations importantes.

Un autre exemple, cette maman qui nous dit : "Je ne comprends pas, il ne m'avait jamais dit qu'il avait mal". Si, il vous l'a dit mais ça n'a pas duré longtemps. Comme il ne vous l'a pas répété, vous n'avez pas fait attention. Et derrière, on ne vous a pas dit qu'il fallait faire attention ! "A-t-il mal ?" Bien sûr, il a eu mal. C'est une illusion, de croire que les enfants petits n'ont pas mal aux dents. Mais ils ne se plaignent pas tout le temps. Ils ont une capacité à absorber la douleur. Nous, soignants, devons être plus solidaires. Et c'est tout le sujet des 1 000 premiers jours : comment travailler ensemble pour qu'il n'y ait plus ce genre "d'accident".

F. Lossent : *Dr J.-L. Cotart, vous faites partie de ceux qui disent, depuis longtemps, il faut agir très tôt sur la santé bucco-dentaire...*

Dr J.-L. Cotart : Je ne fais qu'abonder dans le sens des conférenciers précédents : il faut agir tôt. Le capital dentaire est unique et non renouvelable. S'il est détruit, on ne peut pas faire marche arrière. Moi qui balaie tous les champs de la santé bucco-dentaire dans le cadre de mon travail à l'ARS, je suis au regret d'avoir une stratégie de développement de plateaux techniques pour soins sous anesthésie générale de jeunes enfants. Mais bien sûr, il faut les développer : il y a un an d'attente pour des enfants polycariés, c'est une catastrophe. Et le fait d'attendre peut engendrer ensuite des extractions. Donc, il faut agir au plus tôt. Deuxième point : comme il a été dit, les dents, ce n'est pas seulement le fait de manger, mais aussi

d'avalier, de sourire. C'est important, socialement, chez les jeunes enfants : dans une cour de récré, vous imaginez la moquerie des autres enfants.

F. Lossent : *Quels sont les leviers d'action pour renforcer les coopérations ?*

Dr J.-L. Cotart : Il faut travailler en pluridisciplinaire. Malheureusement, le chirurgien-dentiste arrive toujours trop tard. Il faut agir auprès des autres professions, surtout celles en lien avec la future maman. Par exemple, dans notre région Auvergne-Rhône-Alpes, l'UFSBD mène, sur financement de l'ARS, une action de formation/information auprès des sages-femmes et des infirmières intervenant dans le service d'accompagnement pour femmes enceintes pour délivrer d'emblée des messages de prévention et faire en sorte que les parents n'oublient pas la bouche.

F. Lossent : *Mme Knezovic-Daniel, vous êtes sage-femme, comment ça se passe, chez vous, à Strasbourg (Bas-Rhin) ?*

N. Knezovic-Daniel : Quand on m'a demandé de bloquer une date pour le colloque de l'UFSBD, j'ai dit oui : c'est important, de travailler la pluridisciplinarité. Mais lorsque le programme est arrivé, je me suis dit "mais que vais-je faire, en tant que sage-femme, autour de la bouche ?". Au bout de la matinée, je me rends compte à quel point travailler ensemble va être formidable.

Dans notre équipe, nous avons 180 sages-femmes, une trentaine de médecins. J'ai essayé, ces dernières semaines, de faire un état des lieux, de voir ce qu'on fait au quotidien – sachant que j'avais une idée de ce qu'on faisait : pas grand-chose. J'avais des souvenirs de mes consultations, en préparation à la naissance. On conseillait d'aller voir le dentiste mais ça s'arrêtait là. Lors de cet état des lieux, chaque fois que je voyais une sage-femme de consultation, je l'invitais dans mon bureau pour lui poser des questions. Tout le monde m'a regardée d'un air interloqué : "Que va-t-il nous tomber dessus ? Encore une case à cocher dans le dossier médical". On nous a fait le coup avec la coqueluche, les violences sexuelles, le Covid. On rajoute en permanence des éléments dans les consultations qui durent seulement 20 minutes.

En faisant cet état des lieux, je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas de formation des sages-femmes autour de la santé bucco-dentaire. Je vous rejoins : la bouche n'existe pas. Sauf dans une situation : au moment de la naissance du bébé. On s'est battu pour ne plus aspirer les bébés, pour ne pas avoir une première sensation d'oralité désagréable – c'est ainsi qu'on les accueillait pendant longtemps. Mais certains établissements très bien cotés ont encore recours à ces pratiques non nécessaires. Et la deuxième manière dont la bouche existe, c'est lorsqu'on voit une femme en consultation, avec des dents dans un état délabré. On a tous les clignotants de vulnérabilité qui s'allument. Mais c'est déjà trop tard, malheureusement.

Tous les professionnels que j'ai rencontrés ont fait part de leur intérêt mais ont noté aussi le manque de formation. J'ai retrouvé la thèse d'un chirurgien-dentiste : 72 % des étudiants en maïeutique disent ne pas être formés. Vous imaginez que les professionnels, ensuite, le sont encore moins. Il y a une réflexion à mener. Chez les médecins, je leur ai fait remarquer : "Mais quand même, des études ont montré la prééclampsie, la prématurité". Ils m'ont répondu : "Oui, mais les niveaux de preuve ne sont pas suffisants pour nous. Ce n'est pas spécifique". Effectivement, quand on a ces problèmes en tant que sages-femmes, on a d'autres clignotants de vulnérabilité qui vont nous alerter. Les médecins me disent bien qu'ils peuvent faire quelque chose mais qu'ils ne savent pas trop quoi dire. Donc, il y a vraiment un besoin de formation initiale ou continue, aujourd'hui.

F. Lossent : *Vous êtes d'accord sur les principes, mais comment passer à l'action ?*

N. Knezovic-Daniel : C'est toute la question : comment faire en pratique ? Pour finir mon état des lieux, hier, je me suis faite passer pour d'une jeune primipare de 25 ans. J'ai mis une date des premières règles, le terme. Et j'ai cherché le bilan dentaire dans les 1 000 premiers jours. J'ai cherché mais je n'ai rien trouvé. Ai-je mal cherché ? Plusieurs professionnels m'ont dit : "Je crois qu'elles reçoivent un papier parce que des fois, elles le ramènent." C'est dire la méconnaissance, sages-femmes comme médecins. Et lorsque les femmes les interpellent sur ce papier, tous les professionnels leur disent : "Il faut aller à la visite, c'est très important". Mais spontanément, seulement à peu près 30 % des professionnels l'évoquent et orientent.

F. Lossent : *Est-ce du côté des sages-femmes libérales, qu'il y a des leviers d'action ?*

N. Knezovic-Daniel : J'ai regardé de ce côté-là. J'ai appelé mon réseau de sages-femmes libérales. Ce n'est pas fondamentalement différent. Parfois, elles abordent le sujet mais la majorité des femmes ne font pas forcément la préparation à la naissance. Et on ne touche pas les populations qu'on cible en priorité. Sur les libérales, on peut faire pas mal de choses. Et il reste les sages-femmes de PMI, que je n'ai pas réussi à interroger, où il peut y avoir des pistes de réflexion.

F. Lossent : *Romain Jacq, vous êtes chirurgien-dentiste et aussi parent de jeune enfant. Ce qu'on vient de dire, vous l'avez vécu : on ne croise pas beaucoup de professionnels qui parlent de santé bucco-dentaire dans les premiers mois...*

Dr R. Jacq : J'ai une petite fille, qui a 600 jours. Si on intègre la période de la grossesse, on a une tonne d'informations et des recommandations à suivre pour tous les aspects de la santé de l'enfant. Mais il n'y a pas beaucoup de papiers sur le bucco-dentaire. On a croisé des sages-femmes, des professionnels à la PMI, des pédiatres, qui auraient pu nous en parler. C'était peut-être biaisé, parce que ma femme et moi sommes dentistes. Mais certains ne le savaient pas, et n'ont pas abordé cette problématique.

F. Lossent : *En tant que chirurgien-dentiste, comment voyez-vous les choses sur la santé bucco-dentaire dès les premiers âges ?*

Dr R. Jacq : Il est important, le plus tôt possible, d'intervenir et d'introduire les mesures d'hygiène. Je rebondirai sur les sages-femmes : les deux tiers des sages-femmes pensent être à leur place pour délivrer des messages. Donc, c'est qu'elles savent mais peut-être n'ont-elles pas les bons supports. À nous, chirurgiens-dentistes, d'assurer ces relais. Notre relation avec les pédiatres est, elle aussi, à améliorer : j'ai participé à un travail sur les connaissances en pédiatrie des jeunes pédiatres sur le bucco-dentaire, on a à peu près les mêmes conclusions que pour les sages-femmes. Tous disent qu'ils souhaiteraient être formés et avoir des relations plus importantes avec les autres professionnels. C'est là qu'on a notre rôle à jouer.

F. Lossent : *Il y a un engouement, une volonté des professionnels à monter en compétence sur des sujets connexes...*

N. Knezovic-Daniel : Il y a vraiment une volonté. Le défaut de formation fait qu'on a l'impression que ces sujets ne servent pas à grand-chose. Mais lorsqu'on sait l'impact, ensuite, sur la santé de l'enfant, tous les professionnels de santé se montrent intéressés par cette prévention. Normalement, la sage-femme se situe dans la prévention et la physiologie. C'est son cœur de métier.

Dans les consultations de sages-femmes ou dans l'entretien précoce prénatal, le fameux entretien du quatrième mois, qui dure 45 minutes, il n'y a pas d'examen médical. C'est une rencontre avec la femme et le couple. On parle de vulnérabilité, d'état psycho-émotionnel, comment la femme vit cette grossesse... C'est un moment où tous les messages de prévention peuvent être délivrés. Malheureusement, dans notre établissement, par exemple, 25 % de femmes bénéficient de cet examen, obligatoirement proposé, mais pas obligatoire. Et en cas de pénurie de personnel, c'est la première consultation qu'on retire. Depuis 18 mois, on ne les fait plus parce qu'on n'a plus assez de personnel dans les salles d'accouchement.

F. Lossent : *C'est une période intéressante pour agir sur la santé, vous le confirmez, sur la santé globale des femmes et de leur entourage proche. C'est l'occasion de lancer un nouvel élan ?*

N. Knezovic-Daniel : La naissance est un moment très particulier. On le voit, dans notre service, avec certaines prises en charge de patients très vulnérables, qui ont des parcours de vie cabossés, des femmes qui ont besoin d'être particulièrement protégées. C'est un moment où on a envie de réécrire une histoire, un moment fondamental et fondateur dans la vie d'un couple. Tout peut s'écrire sur cette page blanche. Les gens vont être réceptifs si on n'est pas dans la multiplicité des messages. Parfois, quand on donne un carnet de santé, on a l'impression de sortir la liasse de publicités de la boîte aux lettres. La prévention du bébé secoué, la PMI, choisissez votre sage-femme, l'alimentation. Rajouter l'UFSBD dedans ne fonctionnera pas. Il faut réfléchir autrement. Mais la page blanche est là et les gens seront réceptifs.

F. Lossent : *On va parler d'une expérience très concrète en direction de crèches...*

Dr N. Toledano : Comme tout organisme d'Assurance Maladie obligatoire, la CNMSS participe au programme national M'T dents depuis sa mise en place. Ces dernières années ont été marquées par l'extension de ces bilans de prévention auprès des femmes enceintes et des enfants de 3 ans, ce qui est une excellente chose. Bien avant cette extension, on m'avait demandé de compléter le dispositif en essayant de développer des actions de prévention spécifiques pour le militaire et sa famille.

La caisse militaire a la chance de travailler en partenariat avec l'Institution de gestion sociale des armées (Igesa), qui, à ce titre, dispose d'établissements de vacances et de crèches. Nous avons pu ainsi développer des actions pour les enfants les plus grands de ces crèches, c'est-à-dire les enfants de 18 mois à 3 ans.

Au départ, on a commencé en local, à Toulon, dans le Var. On a vu qu'il y avait un réel besoin et que ces actions étaient très appréciées. Les professionnels de la petite enfance étaient très demandeurs et satisfaits de l'action. Mais nous sommes une caisse nationale et il fallait une équité de traitement sur tout le territoire. C'est pourquoi, au vue de ses compétences reconnues, nous avons noué un partenariat avec l'UFSBD. Cette action, en quelques chiffres, représente des interventions dans 42 crèches, soit entre 900 et 1 000 enfants. Notre partenariat a débuté en 2019 et cette année de mise en route a bien fonctionné. L'année 2020 a été plus compliquée avec la Covid. En 2021, la crise sanitaire a continué à compliquer la donne mais grâce à la mobilisation de tout le monde, on a toutefois réussi à faire les interventions auprès des enfants dans 35 crèches sur 42. Ce qui compte, c'est que les actions dans les crèches ont pu avoir lieu, avec toujours de très bons retours (professionnels, parents et enfants).

L'intervention se divise en deux temps : le matin auprès des enfants, et le soir, auprès des parents avec un stand qui permet d'échanger. À cet âge, l'enfant va participer, il va être très actif le matin. Mais les messages doivent être délivrés aux parents, qui s'occupent de la nutrition et des bonnes pratiques d'hygiène à la maison. Les parents qui passent sur le stand sont plus réceptifs qu'en temps normal parce qu'on a vu leurs enfants le matin. Ils sont au

courant en amont de la venue dans la crèche. Au départ, ils disent être pressés. Une fois sur le stand, ils restent. Le fait de savoir qu'on s'est intéressé à leur enfant, qu'il repart avec un kit de brosse, les rend plus disponibles et le chirurgien-dentiste peut parler d'alimentation, de la tétine... Finalement, les parents sont heureux de discuter et de pouvoir poser des questions, ils sont très demandeurs.

F. Lossent : *Concrètement, comment cela fonctionne ?*

Dr N. Toledano : En 2020, la parenthèse des actions de terrain liée à la Covid a été rentabilisée en nous permettant, avec l'UFSBD, de suivre la création de nouveaux supports pédagogiques. La clé du succès, c'est d'avoir un discours adapté à l'âge des enfants. Au départ, on nous disait : "Mais qu'allez-vous faire avec des enfants de 18 mois ?".

Nous menons des interventions courtes, avec des supports, des discours et des mimiques adaptés. L'activité du matin débute avec une petite histoire concernant deux marionnettes, Bambou et Croco. Nous avons une grosse mâchoire avec une brosse à dents que les enfants peuvent manipuler. À la fin de l'activité, qui dure 20 minutes, on parle d'alimentation de manière ludique. Un kit de brosse est remis à chaque enfant, avec une brosse à dents et un gobelet. À la fin de l'intervention, le dentiste de l'UFSBD propose à l'enfant de faire comme sur la grosse mâchoire mais dans sa bouche. Comme cela a été évoqué précédemment, on ne force jamais un enfant qui ne veut pas. La manière dont ça se passe au lavabo permet déjà de détecter si l'enfant a l'habitude de le faire, s'il ne l'a jamais fait ou si ce n'est pas une habitude régulière. Et ça permet aussi de démystifier un certain nombre de choses.

Dr A. Abbé Denizot : Je voulais préciser qu'on a créé un fascicule pour que l'action continue à la maison. Les parents peuvent raconter l'histoire de Bambou qui se brosse les dents. Ce qui aide les parents à créer le rituel et à continuer le geste. Le fait de repérer un enfant qui n'ouvre pas la bouche interpelle le dentiste, qui peut interroger les parents pour essayer de comprendre. Les dentistes qui font cette action, très complète, l'apprécient. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS mène une action d'information des sages-femmes et de formation de tous les personnels de la PMI, ciblée sur certains secteurs puisque le bucco-dentaire reste un marqueur social évident et incontournable. Cette action, initiée par le Dr Cotart, est menée depuis très longtemps. Quand on a monté le projet, il s'agissait d'agir à tous les niveaux : la sage-femme, la PMI et l'école. En maternelle, vous avez des infirmières scolaires qu'on peut solliciter si on voit un cas plus lourd. Ces infirmières scolaires vont aussi se faire aider par les assistantes sociales. Cette action est mise en œuvre sur des secteurs déterminés à l'avance parce qu'il y a un risque social plus important.

F. Lossent : *On touche à quelque chose d'intéressant, avec cette initiative dans les crèches. Vous vous dites que c'est prometteur ?*

Dr J.-L. Cotart : Oui, tout à fait. C'est une action très intéressante, que je ne connaissais pas. J'insiste sur ce que vient de dire le Dr Anne Abbé Denizot : il faut toujours avoir en tête la réduction des inégalités sociales de santé. Malheureusement, on ne peut pas agir partout, donc autant cibler là où on sait qu'il y a un potentiel de développement de caries dentaires.

F. Lossent : *La santé bucco-dentaire reflète les inégalités sociales de santé, vous le constatez régulièrement ?*

Pr C. Gras Le Guen : Oui. On se le dit depuis le début de la matinée. Et c'est le quotidien dans nos services. Quand on regarde la bouche d'un enfant, on sait dans quel environnement il vit. C'est un peu la même chose avec le carnet de santé, selon la façon dont il est rempli ou pas, les taches, l'odeur. Ce carnet de santé est sous-utilisé. Il s'ajoute à des piles de documents que les parents n'ont pas le temps de lire en sortant de la maternité. Mais peut-être que la version numérisée de ce carnet, en préparation, sera l'occasion de faire passer des messages plus

parlants qu'un flyer de plus. Les jeunes parents passent des heures à chercher des infos, des tutoriels, avec un niveau de preuve modeste, voire des fake news. Avoir un support qui leur permette d'avoir l'information officielle serait une perspective intéressante. Ensemble, il faut lutter contre les idées reçues, qui sont légion en matière de santé bucco-dentaire. On a évoqué la position de couchage, la tétine qui prévient la mort subite du nourrisson, et ces fameux colliers largement diffusés. Ils ont pour vocation de faciliter l'arrivée des premières dents, de limiter les douleurs mais ce sont des choses dangereuses. Il y a des amalgames improbables, sur les dents, la douleur, la fièvre, pour lesquels on aurait intérêt à communiquer ensemble.

F. Lossent : *Faut-il prioriser les efforts sur les plus vulnérables ?*

Pr C. Gras Le Guen : Il faut cibler. On ne pourra pas toucher d'emblée toutes les familles. Notre cible, c'est bien évidemment celles dont la santé est la plus vulnérable, en particulier la santé bucco-dentaire. Si les pédiatres libéraux voient plutôt les familles favorisées, les crèches et les écoles sont des opportunités importantes, également, de faire de la prévention, car on aimerait faire passer des messages de prévention le plus tôt possible. Les sages-femmes et les puéricultrices ont aussi un rôle majeur à jouer.

F. Lossent : *On parlait de l'offre de soins, est-elle assez lisible dans l'esprit des personnes qui consultent auprès de vous ?*

Pr C. Gras Le Guen : On voit des familles pour lesquelles on préconise des soins dentaires. On leur dit : "Il faudra y aller". Mais on va où ? On doit faire un effort et rendre plus lisible une offre de soins qui n'est pas toujours évidente ni très développée. Et qu'on puisse leur dire, c'est là qu'il faut aller et le faire sans tarder.

F. Lossent : *Parfois, les parents peuvent le dire, on a du mal à trouver un chirurgien-dentiste qui semble s'occuper des enfants. On ne sait pas trop, on n'ose pas franchir la porte...*

Dr R. Jacq : C'est une réelle difficulté, pour les parents, de trouver un praticien à l'aise avec les enfants, de trouver, au-delà du spécialiste, un praticien ouvert à recevoir un jeune enfant et qui ne considère pas cela comme une difficulté. Pour un certain nombre d'enfants, on peut faire de la prévention simplement. Mais il faut encore être à l'aise, réaliser une prise en charge comportementale simple. Quand on est confronté à des soins dentaires plus complexes – on parle de l'enfant de 2-3 ans, avec parfois 20 dents avec des lésions carieuses, il faut des praticiens formés à cette prise en charge. Quand il y a peu de caries, ça peut être facile, de le faire au fauteuil. Mais il faut aussi développer l'offre d'accès sur les soins sous anesthésie générale. Quand il y a 20 dents, 20 caries, c'est 5-6 séances de soins répétés chez un dentiste. Pour un enfant de 2 ans, c'est très difficile à supporter. Cette offre de soins est minime sur le territoire. Je l'exerce à l'hôpital Louis-Mourier, à Colombes, dans les Hauts-de-Seine : il y a trois mois d'attente pour avoir une consultation. Puis cinq mois d'attente pour l'anesthésie générale. L'enfant a donc été vu par un chirurgien-dentiste un an avant. On sait les dégâts que ça peut occasionner.

F. Lossent : *Vous adressez ce message à vos confrères et consœurs : "Allez-y, il faut se lancer" ?*

Dr R. Jacq : Il ne faut pas avoir peur des enfants. Il est du ressort de tous les chirurgiens-dentistes de faire de la prévention auprès des enfants. Dans le carnet de santé, il y a une page bucco-dentaire – qui malheureusement ne s'ouvre souvent qu'à 6 ans, un peu tard, malheureusement. Énormément de parents ne la voient pas. Rien que l'ouvrir avec eux, c'est une bonne chose. Il est aussi possible de parler de la santé bucco-dentaire des enfants lorsqu'on voit les parents en consultation. C'est un premier message de prévention. Et la consultation qui peut être faite dès 1 an, ensuite, est une consultation simple.

Dr N. Toledano : Pour rebondir... les parents ne savent pas à quel âge ils peuvent aller chez le chirurgien-dentiste. On s'en rend compte grâce aux interventions dans les crèches et aux échanges qu'on a avec eux sur les stands. Nous leur conseillons, quand ils prennent rendez-vous, de prévenir que le rendez-vous est pour un enfant afin que le praticien puisse s'organiser car c'est une consultation spécifique et qui demande d'avoir du temps. C'est un vrai investissement sur le déroulement des futurs soins dentaires et sur la relation patient-praticien.

Dr A. Abbé Denizot : Le risque carieux est évidemment familial. Il faut que tous les professionnels de santé en soient conscients. Si une maman ou un papa a déjà eu des caries, l'enfant a beaucoup plus de chances d'en avoir. Un praticien qui soigne l'un des frères peut demander à voir le plus petit. C'est important.

Dans les milieux défavorisés, demander d'appliquer une règle simple – ne pas grignoter, ne pas prendre de jus de fruits – n'a pas d'efficacité. Parce que ça paraît infaisable. Il faut prendre le temps d'expliquer et s'appuyer sur leurs propres croyances.

– “Vous, Madame, que buvez-vous ?”

– “De l'eau.”

– “Alors, vous buvez de l'eau et vous donnez autre chose à vos enfants ?”

Toute la difficulté est de rassurer ces parents sur leurs compétences.

– “Vous savez ce qui est bon pour vous. Appliquez-le à vos enfants.”

En réalité, la règle simple n'existe pas. Il faut s'adapter à chaque enfant. Nous, professionnels de santé, les pédiatres et les médecins, il est important qu'on ait cette notion. Il ne suffit pas de dire “ne mangez pas de sucres”, ça ne peut pas marcher.

Pr C. Gras Le Guen : Il y a une dimension culturelle contre laquelle il est difficile de faire changer les pratiques. Il faut pouvoir dire, redire et accompagner avant d'en arriver aux photos terribles vues ce matin.

F. Lossent : *Concrètement, il y a des chirurgiens-dentistes qui recommandent aux grands frères d'emmener leurs petits frères en consultation pour montrer que ça se passe bien. Il y a un certain nombre d'astuces que vous développez dans vos cabinets ?*

Dr R. Jacq : Quand je vois un des enfants de la fratrie, j'essaie toujours de demander à voir les autres enfants, à faire venir le petit frère et la petite sœur en même temps. Ça facilite le message et il a été montré l'impact familial de la maladie carieuse. On peut faire de la prévention et intercepter des petites lésions carieuses avant que ce soit trop tard. Plus on les voit tôt, mieux c'est.

Dr B. Perrier : Il y a un contexte général sur la santé dentaire en France. Dans les cabinets, on voit certains enfants tardivement. Mais globalement, on voit peu la population générale, en France. Selon les données de l'Assurance Maladie sur la fréquentation des cabinets dentaires, environ un Français sur deux va régulièrement voir un chirurgien-dentiste. Il y a donc un problème culturel, de société, de vision de la place de la bouche et de son suivi qui doit se faire tout au long de la vie. On aimerait ainsi, à l'UFSBD, qu'un chirurgien-dentiste soit déclaré à l'Assurance Maladie dès les premiers mois de la vie. Ce serait un signal fort. Il faut promouvoir cette idée : entrer dans le cadre administratif aide beaucoup à la communication. Pour faire ce relais, on a besoin de tous les professionnels qui sont contacts. On doit travailler pour voir davantage de patients. Quant au niveau d'accès des chirurgiens-dentistes, tout chirurgien-dentiste peut voir un enfant en prévention, sans compétences techniques spécifiques. Il y a besoin, en revanche, de second recours. C'est important de pouvoir se dire, “si je n'y arrive pas, je peux m'appuyer sur des professionnels de ma profession de second

recours”. La difficulté, actuellement, c’est que, même pour des praticiens expérimentés, si on n’a pas un plateau d’accès d’anesthésie générale, on se retrouve en échec, sans solution pour certains patients.

Pr C. Gras Le Guen : Je voulais apporter un exemple d’évolution du cadre administratif. Celui qui a été mis en place, il y a quelques mois, et qui s’appelle “Santé protégée”. Il s’adresse aux enfants placés en protection de l’enfance, qui, on le sait, voient très peu de médecins et de dentistes, d’ORL, d’orthophonistes, de psychologues.... Ce sont des “oubliés” de la santé. Dans le cadre de cette expérimentation, que nous portons avec la DGCS, le CHU de Nantes et le conseil départemental, il a été proposé une consultation systématique annuelle qui permet d’orienter les enfants vers les spécialistes dont ils pourraient avoir besoin et leur donner l’accès aux soins, ce qui n’était pas le cas jusqu’alors. C’est une piste intéressante : elle s’adresse uniquement aux enfants de la protection de l’enfance mais elle pourrait être étendue à d’autres populations vulnérables si on montre l’intérêt de l’expérimentation.

F. Lossent : *Quel est le calendrier de cette expérimentation ?*

Pr C. Gras Le Guen : Cette expérimentation a été financée avant la Covid et sa mise en place retardée. Elle se déroule pour l’instant sur trois départements : Loire-Atlantique, Pyrénées-Atlantiques et Haute-Vienne. Et la Seine-Saint-Denis va rejoindre l’expérimentation. On espère pouvoir la mener à bien dans l’année qui se termine.

F. Lossent : *Dr Cardoso, qu’est-ce qui vous paraît important à placer au cœur de cette stratégie des 1 000 premiers jours ?*

Dr T. Cardoso : Je retiens ce que j’appelle “l’approche écologique”. On l’a vu avec la Covid : ce qui entraîne le plus les gens à porter un masque, c’est d’abord la norme sociale (ce qui peut signifier que si j’enlève le masque en public, cela pourrait presque être vécu comme un geste provocateur, donc j’ai plus tendance à le garder) et pas seulement la réduction d’un risque. Pour ce qui concerne les “1 000 premiers jours”, il y a donc besoin d’abord de sensibiliser la population aux enjeux de la période dans une approche globale plutôt qu’une seule approche par risque.

Si je n’ai pas accès facilement à cette sensibilisation et à la compréhension des enjeux des 1 000 premiers jours, je vais être plus sourd aux messages de prévention. Ce qui veut dire qu’il est nécessaire de construire des espaces, non pas uniquement de dialogue, mais d’abord d’écoute. En tant que professionnel de santé, on a tendance à s’assurer d’avoir bien “transmis” du savoir, ce qui peut provoquer une forme de stress. “Ai-je bien délivré tous les messages, toute l’information ?” Personnellement, je me dis : “Est-ce que j’écoute bien la personne en face de moi ?”. “Est-ce qu’elle exprime bien ses besoins du moment ?” Ensuite, je prends conscience de ce qui est accessible pour elle et j’essaie de construire avec elle une façon utile de travailler ensemble !

Il faut probablement repenser les environnements. Benoît Chevalier l’a très bien dit. C’est difficile, pour les professionnels de santé, de faire de la prévention. Comment inciter les professionnels de santé déjà débordés à en faire ? En sachant que ceux qui intègrent le mieux les messages sont souvent ceux qui se soucient déjà le plus de leur santé. Ceux qui sont débordés par les contraintes du quotidien et ont honte de leur situation, vous les recevez alors qu’ils sont parfois dans des situations catastrophiques ; il est difficile, alors, de répondre à leurs besoins et d’aborder les questions de prévention. Comment changer de paradigme ? L’entretien prénatal précoce n’est pas fait pour seulement délivrer de l’information mais plutôt un moment où on doit d’abord écouter, comprendre, permettre l’expression des besoins et repérer des situations de fragilité. C’est un changement de posture professionnelle

qui est extraordinairement différent dans un monde où les formations initiales sont de plus en plus spécialisées et laisse encore trop peu de place à la construction de la relation de soins de qualité. On n’enseigne pas assez aux soignants à prendre soin, “soigner” et non pas seulement enseigner à “traiter” ou “guérir”.

Dernière anecdote : quand on a commencé à construire le site 1000premiersjours.fr, on a travaillé avec une communauté en ligne de parents, de futurs parents. On leur a demandé :
 – “Que pensez-vous de cette rubrique « Prendre soin de soi » ?”
 – “On ne comprend pas. Vous faites un site sur les bébés. Pourquoi prendre soin de nous ?”
 Un bébé n’est pas tout seul. D’abord, il s’agit de s’interroger sur les parents : que sait-on d’eux, que comprend-on du contexte ? Car on ne peut pas soigner hors contexte.

Dr Régine Velay, UFSBD Hérault. À mes yeux, l’enfant reste un vecteur très important de communication, souvent bien avant ses parents. Je prends pour exemple les actions que nous menons à l’UFSBD, en partenariat avec les Caisses primaires d’Assurance Maladie (CPAM). Ce sont des actions d’accompagnement de M’T dents, cette visite prise en charge par la Sécurité sociale jusqu’à 24 ans, au sein des écoles. Bien sûr, on a dépassé les 1 000 jours. On démarre dans les écoles en CP pour les 6 ans, mais on fait également des actions en direction des élèves de grande section. Une fois en maternelle, on rencontre aussi les moyennes et petites sections. Je peux vous garantir que le message adressé aux enfants est extrêmement porteur. Les enfants qui nous écoutent, ce sont eux qui, en rentrant chez eux, vont convaincre leurs parents. C’est une notion d’espoir absolu. J’aurai envie de dire, allons encore plus vers l’enfant. Bien sûr, que son accompagnement est important. Mais l’enfant lui-même sait davantage peut-être prendre soin de lui.

F. Lossent : *Cette action est coûteuse et mobilise de l’énergie ?*

Dr R. Velay : Elle demande beaucoup de temps et d’énergie aux équipes de l’UFSBD et de la CPAM. Mais c’est une action que nous faisons avec tellement d’enthousiasme ! L’énergie nous est rendue au centuple par les résultats que nous obtenons.

Dr A. Abbé Denizot : Je voudrais ajouter que le bilan bucco-dentaire mis en place par la CPAM a mis du temps à être entendu par les familles mais actuellement, il donne de très bons résultats avec des prises en charge de soins très performantes. Je vois arriver beaucoup plus d’enfants de 3 ans grâce au bilan des 3 ans. Je suis frappée d’en voir un sur cinq qui a déjà des caries. Dans l’action menée en Auvergne-Rhône-Alpes dans des territoires prioritaires, un enfant sur deux a déjà des caries.

La question, désormais : arrivera-t-on à obtenir un bilan de prévention qu’on puisse coter correctement pour tous les enfants et pas seulement tous les 3 ans avec le BBD ? Un temps pour déterminer le risque carieux familial ? Parce qu’actuellement, ce n’est pas le cas. L’examen bucco-dentaire est une vraie réussite et il faut continuer. La prise en charge de la femme enceinte est moins bonne. Il y a des raisons structurelles. Le bilan bucco-dentaire est donné à 4 mois et la prise en charge à 100 % n’arrive qu’au sixième mois, donc c’est un peu compliqué. Et il n’y a pas eu de mesures d’accompagnement derrière.

Dr F. Badri, UFSBD Bouches-du-Rhône : Je pense que c’est bien, d’inclure un module sur la santé bucco-dentaire dans la formation des sages-femmes. Il existe déjà au niveau des Bouches-du-Rhône, mais il est très court – un module de deux heures. Ce n’est pas suffisant. Et ce n’est pas entré dans les mœurs. Ma fille avait choisi pour projet de fin d’études : “Une bouche saine pour une grossesse sereine”. Elle a eu du mal à le faire valider par ses directeurs d’études. Pour l’école, il y avait d’autres sujets à traiter en tant que sage-femme. Pour les

dents, il y a les dentistes. Je pense pouvoir inclure un module plus important au niveau des études.

Pour terminer, je voudrais partager une autre expérience dans les Bouches-du-Rhône. En partenariat avec le conseil départemental, on a fait une formation avec toutes les sages-femmes de PMI. Elle a donné des résultats efficaces : en plus de former ces sages-femmes de PMI qui étaient ravies, on les a informées sur beaucoup de choses qu'elles ne connaissaient pas. Même sur le programme M'T dents de la femme enceinte. Beaucoup d'informations, aussi, sur leur propre santé bucco-dentaire. Ce qui permet ensuite de transmettre et d'accompagner l'autre.

F. Lossent : *Les professionnels du secteur médico-social peuvent aussi être formés...*

Dr F. Badri : On mène l'expérience, actuellement, avec le conseil départemental des Bouches-du-Rhône en formant les infirmières de PMI et les travailleurs sociaux. Il faudrait toucher aussi les sages-femmes en libéral. On va essayer de collaborer avec l'ARS. Pour bien construire certaines actions, il faut des fonds. En apparence, la prévention coûte cher mais elle donne de très bons résultats à long terme.

F. Lossent : *Dans le cadre de la campagne de prévention des 1 000 premiers jours, Adrien Taquet a présenté la Bébé box. Ce serait formidable que les parents repartent avec une brosse à dents dans cette boîte.*

Pr C. Gras Le Guen : Il y a eu beaucoup de discussions et de propositions autour des objets utiles à y faire figurer. Nos maternités sont "polluées" par des boîtes roses publicitaires qui génèrent des déchets et des habitudes commerciales que nous ne soutenons absolument pas d'un point de vue médical. On était contents de les voir disparaître et peu enthousiastes quand on nous a proposé de nouveau "des boîtes". Cette fois, par contre, l'idée était d'utiliser des objets du quotidien qu'on pourrait utiliser avant le départ de la maternité, comme "prétexte" pour faire passer des messages de prévention en santé de l'enfant. Il y a donc eu des discussions avec de nombreux professionnels de santé de l'enfance pour choisir les objets les plus pertinents. La brosse à dents y a sa place tout naturellement. Comme la turbulette, proposée pour dormir dans un environnement de couchage sécurisé. Et d'autres objets pour jouer, lire, se laver...

F. Lossent : *Surtout qu'après la naissance, les professionnels ont moins de temps qu'avant pour faire passer des messages...*

N. Knezovic-Daniel : La durée moyenne de séjour se situe entre 2,8 et 3 jours dans notre établissement. C'est très court, ce qui veut dire des séjours longs et d'autres de 24 à 48 heures. Ce n'est pas choquant, de voir des femmes sortir de l'hôpital s'il y a un étayage derrière. Mais forcément, ce n'est plus seulement à la maternité, qu'on va pouvoir faire passer ce genre de messages. Il y a un lien indispensable à faire avec le réseau des sages-femmes libérales. Et on est en train de le développer davantage.

Christophe Leman, chirurgien-dentiste UFSBD : Je vais être polémique. Il y a sept ans, l'UFSBD nous a présenté un EBD de la femme enceinte à l'enfant de 6 ans, on a les éléments qu'on va pouvoir partager. Maintenant, j'ai entendu des choses qui me déplaisent. Depuis 2006, voire avant, on a, grâce aux examens de santé bucco-dentaire, toutes les clés pour éviter ces problèmes. Constater les catastrophes, on l'a déjà fait il y a 15 ans. Depuis 2014, la profession a obtenu l'examen pour la femme enceinte. Malheureusement, c'est le seul dans son parcours maternité qui n'est pas obligatoire. Or, il est fondamental : c'est l'examen de repérage qui permet un temps d'échange. La volonté du programme M'T dents est d'établir un dialogue. Une fois ce dialogue établi, on réalise un bilan carieux, alimentaire, de prévention. Ensuite, on

peut aborder le soin. Ce qu'on a mis en place est acté par la convention, accessible par tous les professionnels. On a donc les outils, il manque de les rendre obligatoires.

Je reçois dans mon cabinet des enfants de milieux précaires polycariieux, à qui on n'a pas donné toutes les chances. La seule chose qu'ils n'ont pas faite, c'est de venir me voir, parce qu'il y a une certaine bien-pensance qui dit qu'on ne peut pas obliger aux examens des 3, 6, 9 et 12 ans.

Alors pourquoi, moi professionnel de santé, suis-je après obligé, dans un certain sens, pour les soigner de les mutiler ? Depuis 55 ans, on a établi toutes les recommandations pour éviter les problèmes. Tout ce qu'évoquait le professeur Sixou dans sa présentation, on l'a dans l'examen bucco-dentaire... Qu'attend-on pour obliger les gens ? La cible n'est pas ceux qui sont favorisés mais ceux qui n'ont pas accès à cette prévention.

La prévention n'est pas comprise par les personnes à cibler. Si cet élément d'obligation était mis en place, cela éviterait des catastrophes.

F. Lossent : *La prévention obligatoire, est-ce un sujet entendable ?*

Dr T. Cardoso : La prévention obligatoire est un vaste débat qui doit dater au moins d'une cinquantaine d'années, voire plus. Ce débat n'est pas forcément polémique. On vient de passer deux ans avec beaucoup d'obligations. Je ne vais pas vous faire l'offense de décrire les travers et les conséquences de ces obligations. Des écoles disent : "Il faut motiver, essayer d'expliquer", etc. Je pense qu'en matière de promotion de la santé, il faut surtout faire en sorte que l'environnement puisse faciliter l'accès à la prévention.

On parle de prévention. Par exemple, si on dit aux gens d'aller chez le dentiste, comment font-ils si l'accès est difficile ? Où ? Quand ? Ce n'est pas un scoop : il y a des déserts médicaux. Et encore plus sur des professions déjà surbookées. Les inégalités sociales en santé sont d'abord des inégalités territoriales de santé. Or, il y a un problème d'offre de soins et d'hétérogénéité sur le territoire.

Ensuite, collectivement, on doit essayer de casser les silos, les frontières entre les différents professionnels pour trouver les bonnes articulations facilitant l'accès à la population. En matière d'information, avec la création du site internet 1000premiersjours.fr, on a été assailli de demandes : "Il faut parler de ceci, de cela". Nous, on dit : "Partons de la personne."

La santé n'appartient pas aux professionnels de santé. Les déterminants sociaux de la santé sont très importants. Il faut que tout professionnel qui prend en charge une femme enceinte puisse donner de l'information utile ou savoir orienter. Ça ne veut donc pas dire tout savoir, mais orienter en fonction des besoins exprimés vers le professionnel idoine. Cela veut dire disposer d'un carnet d'adresses adapté aux questions relevant de cette période.

Dr Christophe Lequart, chirurgien-dentiste, porte-parole de l'UFSBD : La prévention carieuse passe par l'introduction d'un dentifrice qui contient du fluor dès les premières dents. Le bon dosage étant de 1 000 ppm en dessous de 6 ans. Et de 1 450 ppm à partir de 6 ans. Dans vos pochettes, vous avez une fiche "Comment brosser les dents de vos enfants".

Dr B. Perrier : On a un problème à ce niveau. Les recommandations professionnelles de fluor ont évolué au niveau international. Nous avons porté aussi ces recommandations en France comme société savante. Mais les éléments donnés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) n'ont toujours pas évolué. Cela peut créer des incompréhensions. On a déposé un dossier à la Haute autorité de santé (HAS) pour mettre à jour ces recommandations. Le travail scientifique existe, on a juste besoin de le faire valider selon les process HAS. Avec ce combat sur le fluor, il y a un enjeu de santé publique énorme pour toute la population, et notamment dans les 1 000 premiers jours. On est très en retard,

en France, à ce sujet. C'est pourquoi on encourage toutes les institutions publiques à soutenir ces démarches auprès de la HAS.

Dr Stéphane Bodin, UFSBD Normandie: Il y a un malentendu qui peut persister sur la définition des 1 000 premiers jours. Quand on dit 1 000 jours, il ne s'agit pas des 1 000 premiers jours de l'enfant, ni même du 4^e mois de grossesse aux 3 ans de l'enfant. 1 000, c'est neuf mois de grossesse et deux années. Le public cible, ce sont les futurs parents et les parents qui ont des enfants de moins de 2 ans. La nouveauté de cette campagne, ce sont les 1 000 premiers jours de la vie et non pas de l'enfant. C'est une campagne d'action sociale et il me paraît capital d'orienter en ce sens.

Un internaute, pharmacien : *Les dentistes voient un Français sur deux. Nous, on voit tous les futurs parents, avec l'achat de tétines, tire-lait et autres matériels. Avez-vous déjà envisagé des partenariats ?*

Dr T. Cardoso : On a un partenariat avec les pharmaciens. Tous les Français passent à la pharmacie, qui est un point de rencontre important.

Dr B. Perrier : À l'UFSBD, on travaille beaucoup avec les pharmaciens sur différentes thématiques. C'est une profession avec laquelle on a plaisir à agir. Des actions de formation, notamment sur le tout petit enfant, devaient être mises en place dans certaines régions en inter-URPS, portées avec l'UFSBD. Avec la Covid, elles ont été décalées. On inclut donc naturellement les pharmaciens et on va continuer.

Clément Mary, étudiant en 6^e année à Nantes (Loire-Atlantique), président de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD) : Je voudrais faire un focus sur la formation initiale. Vous avez beaucoup parlé du fait que les collègues des autres filières de santé étaient très peu informés de nos problématiques. Je voulais savoir comment on pouvait aller vers plus de prévention, d'enseignement et d'interprofessionnalité.

Dr A. Abbé Denizot : C'est un sujet, évidemment. L'UFSBD a déjà réfléchi, répondu, de façon plutôt ponctuelle, avec des ARS. On est soutenus. On ne peut pas aborder, aujourd'hui, toutes les actions que nous réalisons déjà. Mais regardez les programmes qu'on fait, sur différentes cibles, vous vous rendez compte de cette interprofessionnalité en développement.

Derrière une action comme aujourd'hui, on va promouvoir nos actions de formation de PMI auprès des sages-femmes. Nous avons essayé auprès des gynécologues, c'est un peu compliqué... Mais on ne désespère pas.

Pr C. Gras Le Guen : Précisons un point : aujourd'hui, il y a un chapitre sur ce sujet dans le deuxième cycle des études médicales. Il fait régulièrement l'objet de questions aux épreuves de l'examen classant national (ECN). Ce sont des messages fondamentaux mais qui sont bien acquis dès le second cycle. En complément, je pense qu'il serait intéressant de se rapprocher de tous les départements de médecine générale, des facultés de médecine françaises pour intégrer au 3^e cycle des études médicales un module de prévention bucco-dentaire pour tous les futurs médecins généralistes.

Dr R. Jacq : Pour répondre aux étudiants, le service sanitaire a été ajouté aux programmes des études de santé. C'est un bon moyen de faire un premier pas dans la prévention dans une démarche interprofessionnelle. Au moment où vous terminez vos études, il faut vous rapprocher de l'UFSBD, de ses acteurs de prévention sur le terrain. L'UNECD a un moyen de promouvoir nos actions à l'UFSBD et de motiver de futurs confrères à s'engager dans la prévention. Et nous aussi, chirurgiens-dentistes, nous devons nous engager à être des acteurs

de terrain, ailleurs que dans nos cabinets. Cela peut se faire sur les réseaux sociaux, dans les UFSBD départementales : il y a plein de lieux d'expression pour faire de la prévention. Et on doit être conscient qu'on est acteur dès qu'on est étudiant.

Un internaute : *Comment se protéger des perturbateurs endocriniens ? Sont-ils dangereux ?*

Dr T. Cardoso : J'invite à visiter le site 1000premiersjours.fr. L'espace "en pratique" dont je parlais a vocation à aider les parents à agir simplement dans leur environnement quotidien. Avec une information en trois niveaux : d'abord, ce qu'on peut faire. On sait que c'est d'abord ce qu'on cherche, et trouver une action accessible a tendance à réduire l'anxiété. Cependant, la question de l'exposition aux perturbateurs endocriniens ne se gère pas tellement au plan individuel mais plutôt au plan réglementaire, et notamment à l'échelle européenne pour que la réglementation change à chaque fois que la recherche identifie une substance perturbatrice endocrinienne. La grande difficulté se situe autour des perturbateurs endocriniens suspectés, pour lesquels nous n'avons pas de preuve absolue. En prévention, on essaye d'anticiper, d'aller vers une "sobriété d'exposition chimique", c'est-à-dire de voir ce qui est accessible dans son quotidien en termes d'ajustements de comportements pour tenter d'en réduire l'exposition le mieux possible.

Conclusion

Dr Benoît Perrier et Dr Thierry Cardoso

Dr B. Perrier : Ces débats ont été denses. J'espère qu'ils ont été enrichissants, aussi, pour ceux qui venaient voir ce qui se cache derrière la bouche et les coopérations qu'on pourrait mener ensuite. On a pas mal d'éléments pour construire une feuille de route. Le cœur des échanges, c'est la transversalité entre professionnels, la transversalité des échanges avec les parents, de pouvoir se dire que la thématique bucco-dentaire n'est pas la thématique de la carie : il est question d'accompagner l'enfant dans son développement.

En dentaire, on nous parle toujours du soin. Et je répète toujours : la problématique de la santé dentaire, ce n'est pas l'accès au soin mais à la santé. On l'a démontré dans le domaine de la dépendance. Si on veut obtenir un résultat, il faut travailler sur la prévention. Le soin, ensuite, s'enchaîne s'il y en a besoin. Actuellement, nos cabinets sont saturés par le curatif. Une séance de prévention dure 20 à 30 minutes. Soigner une dent, ça peut être cinq, six ou sept rendez-vous. Quand vous avez une multitude de caries, imaginez le temps que ça prend et la saturation du système de santé que cela entraîne.

En santé dentaire, la prévention fonctionne. Elle est efficace très rapidement. Et elle est la solution, notamment dans l'accessibilité du cabinet dentaire. Actuellement, on voit une recrudescence du curatif, malgré les dispositifs de prévention. Le cadre de prévention dans le dispositif M'T dents n'a fonctionné que parce qu'il a été accompagné dans la proximité, par des actions dans les écoles.

Sur la femme enceinte, on n'est pas satisfaits du résultat. On a besoin de l'accompagner par les professionnels, par de l'information. Le conseil minimum pour le tabac, par exemple, c'est "avez-vous pensé à arrêter de fumer ?". Même si on n'a pas toujours le fond dentaire, rien que le relais compte. "Avez-vous consulté un dentiste récemment ?", c'est un moyen d'y faire penser à la jeune mère : il faut l'accompagner.

Voilà ce que je retiens : cette transversalité pour progresser, pour réussir ensemble la santé par la prévention. La démarche, souvent, nous renvoie sur le soin comme priorité. Or, toutes les études, au niveau international, le montrent : l'accès à la santé par la prévention a du sens, d'autant plus sur le sujet bucco-dentaire.

L'objet de ce colloque est de synthétiser les pratiques évoquées aujourd'hui, d'ébaucher ensemble des recommandations de bonnes pratiques. Début 2022, l'UFSBD va publier un nouveau site pour le grand public, mabouchemasanté.fr. Avec l'objectif d'avoir un site de référence, et de lutter aussi par rapport à tout ce qui est "fake med". Ce site abordera différents aspects dont ceux autour des 1 000 premiers jours, pour ancrer auprès du grand public un message certifié. Comme dans d'autres domaines, la fausse information se diffuse plus facilement que la bonne information. Beaucoup de choses ne sont pas fondées et peuvent induire en erreur des gens qui veulent faire attention à leur santé.

Dr T. Cardoso : Je retiendrai la notion de transmission. On aborde la question des 1 000 jours dès la période préconceptionnelle. On s'intéresse donc d'abord à la santé des adultes qui ont un projet d'enfant. Tout ce que vous avez montré est illustratif de cette transmission – on a parlé de génétique, d'épigénétique, de culture, d'éducation, d'amour. C'est tout ça, qu'on va transmettre. Cette journée casse des idées préconçues. On est passé de la carie à l'équilibre de vie chez l'adulte, qui aura ensuite la responsabilité d'un enfant. C'est une information intéressante à transmettre aux professionnels qui ont la pression de devoir faire du curatif. J'ai parlé de sécurisation des professionnels : pour cela, il faut pouvoir s'appuyer sur les autres. J'ai été très touché par Madame, qui dit : "Ce sont les enfants, qui éduquent les parents". En ce moment, on est très sollicités par les 1 000 jours. On rappelle que c'est le bébé, qui va stimuler ses parents, et non l'inverse. Il n'a pas besoin de stimulation mais d'interactions. J'ai l'impression que si ça commence chez le bébé, chez l'adulte et le professionnel, c'est pareil. Il faut oser aller traverser les frontières, sortir de nos spécialités pour construire ensemble.

Dr B. Perrier : On va continuer à travailler avec Santé publique France sur la thématique. Et je pense (Madame la Présidente de la Société de Pédiatrie) que cela aurait du sens, de créer une commission permanente d'échange avec certains de vos membres. Elle nous permettrait de travailler sur nos et vos préoccupations et de construire des messages socles pour les professionnels, voire peut-être de la formation continue. L'instaurer serait le début d'une action. Grâce à notre proximité géographique, je pense qu'on y parviendra.

Désormais, on va tous agir en faveur des familles et des futurs enfants. Je vous invite à nous rejoindre à l'UFSBD. Si vous voulez agir en prévention, c'est là que ça se passe. Avec l'avantage d'agir de manière coordonnée. Seul, c'est bien, mais ensemble, on coordonne nos messages pour, ensuite, être efficaces.

Annexes colloque



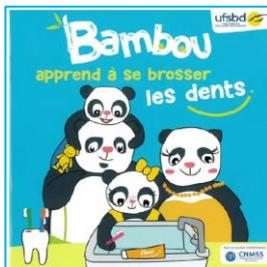
Verbatim de ce 22^e Colloque de Santé Publique



Extrait du magazine *Pratiques Dentaires* n°43, rubrique “Grand Témoin”, interview du Dr Thierry Cardoso, “Les 1 000 premiers jours, une période et des enjeux clés pour la société au sens large”.



Extrait du magazine *Pratiques Dentaires* n°42, rubrique “En Mouvement”, Témoignage du Dr Nathalie Toledano “L’UFSBD et les tout-petits... une histoire qui s’inscrit dans la durée”.



Livre pour enfants *Bambou apprend à se brosser les dents* avec le soutien de la CNMSS.

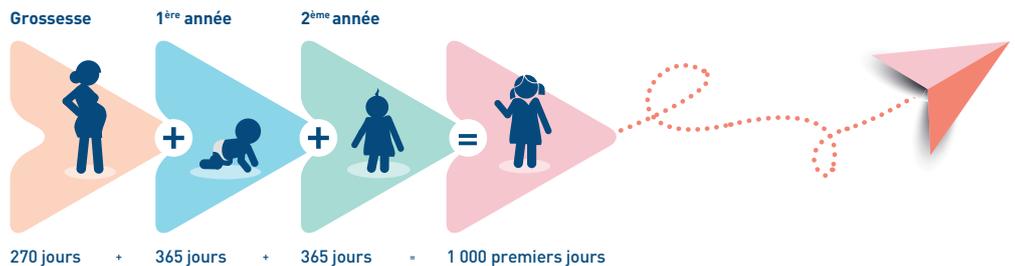


6 fiches conseils à l'intention du patient :

- Comment conserver de bonnes dents pendant la grossesse ?
- Les dents de mon bébé
- Les dents de votre enfant de la naissance à 6 ans
- Comment brosser les dents de vos enfants ?
- Alimentation et carie chez l'enfant
- L'examen bucco-dentaire de prévention M'T dents

1 000 premiers jours
et santé bucco-dentaire

une feuille de route pour agir ensemble



Nous le savons : la période des 1 000 premiers jours, qui s'étend de la grossesse aux deux premières années de la vie, **se révèle cruciale dans le développement de l'enfant et pour sa vie future.**

Les études internationales le montrent toutes : les actions de prévention menées au plus tôt de la vie figurent parmi **les plus efficaces** en matière de santé publique.

Le Gouvernement et son secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles, Adrien Taquet, l'ont acté en plaçant le concept des 1 000 jours au cœur de leur politique publique.

Cette stratégie, aussi prometteuse soit-elle, se doit d'intégrer les problématiques de l'oralité.

Car il ne peut y avoir de santé sans santé bucco-dentaire

L'enfant découvre le monde par la bouche. L'alimentation, la respiration ainsi que la phonation façonnent sa cavité orale et développent les organes qui lui sont liés. Accompagner l'oralité des fonctions, en dépister les troubles au plus tôt, permet d'infléchir des situations potentiellement lourdes de conséquences. En particulier au sein des familles les plus fragiles : comme pour la plupart des pathologies non transmissibles, les déterminants sociaux jouent un rôle primordial dans l'état de santé bucco-dentaire des personnes. **Nous nous devons de corriger ces inégalités de santé dès le plus jeune âge.** Sans omettre de nous intéresser à la sphère orale.

Une partie de la stratégie des 1 000 jours reste donc à construire. Elle doit être le fruit d'une mobilisation collective, des pouvoirs publics aux professionnels de santé, du médico-social à la petite enfance en passant par les familles elles-mêmes. Face à ces défis, l'UFSBD a réuni des intervenants d'horizons divers lors de son **22^{ème} colloque de santé publique**, le 29 octobre 2021 au ministère de la Santé. En écho à ces réflexions, l'UFSBD partage une **feuille de route** des principales actions à mener. À chacun de s'en emparer, pour **penser davantage l'accès à la santé, et notamment à la prévention.**



Découvrez les Actes du XXII^{ème} Colloque de l'UFSBD ainsi que les captures vidéos des différents intervenants

L'UFSBD est prête à s'engager aux côtés de tous !

5 axes prioritaires

pour construire le parcours bucco-dentaire de la mère à l'enfant



1 Agir sur les politiques de santé

Améliorer la prise en charge de l'examen bucco-dentaire (EBD) pour les femmes enceintes

Réalisé au 4^e ou au 5^e mois, l'examen bucco-dentaire des femmes enceintes doit faire partie intégrante du parcours maternité et ses soins de suite doivent pouvoir être pris en charge dans le dispositif des EBD. Actuellement, l'exonération de soins n'intervient qu'à partir du 6^e mois. Un décalage qui brouille le message et constitue un obstacle à la prise en charge.

Cet examen bucco-dentaire est encore sous-utilisé, soit en raison d'idées reçues qu'il faut combattre, soit par méconnaissance. Il est important de le promouvoir très largement en s'appuyant sur tous les professionnels de santé, médecins, gynécologues et sages-femmes, qui sont en contact direct avec des femmes enceintes.

Élargir le dispositif MT'Dents avec un premier examen bucco-dentaire (EBD) dès un an

Favoriser la prévention dès l'apparition des premières dents est nécessaire, pour accompagner les familles, prévenir les habitudes nocives et dépister les troubles du développement de la sphère orale. Le premier examen du dispositif MT'Dents débute aujourd'hui à 3 ans. Ce qui constitue une perte de chance face aux caries précoces sur dents de lait qui multiplient par trois le risque d'avoir des caries sur les dents permanentes.

2 Peser sur la législation et les régulations

Instaurer le principe d'un chirurgien-dentiste traitant ou référent

Permettre de déclarer un chirurgien-dentiste référent à l'Assurance Maladie ou dans « mon espace santé », sur le modèle des médecins généralistes, favoriserait la création d'un lien régulier. Aujourd'hui, la moitié des Français n'identifient pas de chirurgien-dentiste traitant.

Se réinvestir dans le recueil d'indicateurs épidémiologiques

De nouvelles études sont nécessaires pour mieux connaître la santé bucco-dentaire des enfants en France. La dernière enquête, réalisée par l'UFSBD à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) auprès d'enfants de 6 et 12 ans, date de 2006. Comment construire une politique de santé efficace sans connaître l'état réel de la population ?

Renforcer les partenariats avec les complémentaires santé

Partenaires essentiels des prises en charge, les com-

Mieux prendre en compte la santé orale dans la prévention globale

La santé bucco-dentaire est une fois encore la grande oubliée des politiques de santé. Elle partage pourtant les mêmes déterminants que la plupart des pathologies non transmissibles (diabète, troubles cardiovasculaires, etc.).

Agir au plus tôt sur la santé orale est aussi favorable, à long terme, à la prévention de ces pathologies chroniques.

Actualiser les recommandations en dosage des dentifrices fluorés

Conformément aux données internationales, l'UFSBD a publié des recommandations élevant la concentration en fluor des dentifrices pour enfants à 1 000 ppm pour qu'ils soient efficaces. Actuellement, les recommandations assez anciennes des autorités françaises préconisent un dosage autour de 500 ppm, insuffisant pour être efficace.

Enrichir le carnet de santé

Des pages spécifiques doivent préciser dès le plus jeune âge les conseils et examens bucco-dentaires à réaliser, avec la possibilité d'apporter des informations pour chaque année. Actuellement, la sphère orale n'apparaît qu'à partir de 6 ans, ce qui laisse penser qu'il ne faut pas agir avant 6 ans.

plémentaires santé ont un rôle à jouer en matière de prévention. Elles peuvent proposer un accompagnement spécifique des familles et intégrer la santé orale à toute communication sur les 1 000 premiers jours.

Faciliter l'accès des plus défavorisés aux produits d'hygiène

La complémentaire santé solidaire doit pouvoir prendre en charge, sur prescription, l'achat de brosses à dents et de dentifrices de qualité. La prescription a par ailleurs le mérite de maintenir un lien régulier avec un chirurgien-dentiste traitant.

Utiliser la fiscalité comme levier d'action

Les brosses à dents et dentifrices fluorés doivent être considérés comme des produits de « première nécessité » et bénéficier d'une TVA à taux réduit. L'OMS a inscrit les dentifrices fluorés à partir de 1 000 ppm dans sa liste des produits essentiels pour les populations depuis 2021.

3

Favoriser une alimentation saine

Respecter des règles simples

Suivre les recommandations du Programme national nutrition santé (mangerbouger.fr) favorise une bonne santé bucco-dentaire. Il est ainsi conseillé de privilégier une alimentation non transformée, de bannir les sodas dans la période des 1 000 jours et d'éviter les jus de fruits ou le lait en dehors des repas. Développer une alimentation solide à partir de 6 mois favorise également le développement de la sphère orale.

Assurer une bonne gestion de l'allaitement ou du biberon

Dès l'apparition de la première dent, l'allaitement comme la prise de biberons doivent rester cantonnés aux heures des repas pour prévenir les caries multiples du jeune enfant.

4

Développer une culture de la santé orale

Informier

- Via le site mabouchemasante.fr créé par l'UFSBD
- Via les réseaux sociaux qu'anime chaque acteur de santé
- Via une présence dans les médias
- Via des campagnes de sensibilisation intégrant la santé orale

Former les professionnels

- Médecins généralistes
- Pédiatres
- Sages-femmes
- Gynécologues
- Assistantes maternelles
- Infirmières puéricultrices
- Pharmaciens
- etc ...

Sensibiliser les communautés

- Via la mobilisation des influenceurs
- Via les associations de santé, de patients et de proches aidants
- Via les acteurs locaux (associations de quartier, réunions de parents, etc.)

Agir sur les lieux de vie

- Via les entreprises ou les crèches d'entreprise pour sensibiliser les parents de jeunes enfants, dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises ou des complémentaires santé
- Via une sensibilisation des personnels des crèches
- Via les structures sociales et médico-sociales accueillant les enfants : les professionnels formés peuvent favoriser le développement d'une bonne hygiène bucco-dentaire (PMI, pôles mère-enfant, centres de santé, CPTS...)

5

Accompagner la pluriprofessionnalité

Mobiliser les professionnels de santé

Trop souvent négligée, la sphère orale doit faire l'objet d'une sensibilisation quotidienne par tous les acteurs de la santé.

Les médecins généralistes doivent veiller à ce que les parents s'occupent de la santé dentaire de l'enfant et orienter vers un chirurgien-dentiste dès l'apparition des dents.

Les pédiatres doivent accompagner les familles, avec un rôle spécifique sur la détection des troubles de l'oralité et des fonctions (alimentation, mastication, déglutition, respiration et sommeil).

Les gynécologues doivent s'assurer que le bilan bucco-dentaire des futures mères est bien réalisé – un mauvais état bucco-dentaire lors de la grossesse engendre des risques pour le fœtus et peut être à l'origine de transmission de germes au nouveau-né.

Les sages-femmes doivent conseiller les femmes sur leur propre santé bucco-dentaire lors de la grossesse puis lors de l'allaitement.

Les infirmières puéricultrices doivent être des relais essentiels pour interpeller les mères sur l'alimentation des nouveau-nés. Parmi les conseils à donner : à l'apparition des premières dents, cesser le cododo et veiller à respecter le rythme alimentaire de l'enfant. Dans les centres de PMI, leur action est d'autant plus importante qu'elle permet de cibler les milieux défavorisés.

Les assistantes maternelles doivent favoriser l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire des enfants en s'appuyant sur leurs échanges avec les parents.

Les pharmaciens doivent délivrer des conseils sur l'utilisation d'un dentifrice et d'une brosse à dents de qualité ou sur des produits favorisant une bonne poussée dentaire. Ils sont aussi un relais de diffusion de documents pratiques.

Investir les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Elles constituent un espace de collaboration réunissant les professionnels sur des axes de santé prioritaires, notamment envers les plus fragiles. Les chirurgiens-dentistes y ont toute leur place et doivent s'en emparer.

Qui est l'UFSBD ?

L'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), association loi de 1901, est l'organisme de la profession dentaire au service du progrès de la santé bucco-dentaire en France.

Agissant auprès des pouvoirs publics pour initier et faire évoluer les politiques de santé publique, l'UFSBD est aussi un acteur de terrain.

Pour elle, la santé bucco-dentaire est une condition de la santé, non seulement physique, mais aussi psychosociale. L'UFSBD est engagée sur de multiples terrains via des programmes d'action qui abordent

de nombreux thèmes et ciblent les populations les plus sensibles : enfants, apprentis, étudiants, femmes enceintes, personnes en situation de handicap ou d'exclusion, résidents d'Ehpad...

L'UFSBD est structurée en un réseau d'associations départementales et régionales, coordonné par une gouvernance nationale reconnue par les instances de santé publique. Elle est animée par ses praticiens acteurs de terrain et s'appuie sur des partenariats éthiques qui permettent d'inscrire la santé bucco-dentaire dans la vie quotidienne des Français.

Quel est le rôle de l'UFSBD ?

Plus qu'une institution, l'UFSBD est la force motrice qui :

- conçoit et diffuse des messages de prévention auprès de cibles identifiées
- interpelle les pouvoirs publics et initie le dialogue
- rassemble, informe et forme les équipes dentaires
- engage l'échange entre la profession, les autres métiers de santé et des associations de patients
- met en œuvre des actions de prévention grâce à des partenariats éthiques

En chiffres, l'UFSBD c'est chaque année :

- + de **1 500** journées d'intervention en écoles
- 260** séances éducatives auprès des apprentis dans les centres de formation
- + de **300** journées d'actions de formation et dépistage en établissements pour personnes dépendantes
- 85** journées en crèches pour sensibiliser les encadrants, les enfants et les parents
- 40** journées d'interventions auprès des centres accueillant des personnes en situation de précarité
- + de **10 000** heures de formation dispensées vers les équipes dentaires
- 48** partenaires associatifs, institutionnels et privés
- 1** colloque de santé publique
- 1** label grand public

TROIS GRANDES CONVICTIONS DÉFINISSENT L'UFSBD ET STRUCTURENT SON DISCOURS AUPRÈS DES DIFFÉRENTES CIBLES

- 1. Généraliser l'accès à la prévention comme étant la clé de la santé bucco-dentaire** en se basant sur la richesse de ses 55 ans d'expérience acquise. Incrire la santé bucco-dentaire au cœur de la santé de tous les concitoyens. Et donner à chacun les moyens d'être acteur de sa santé bucco-dentaire.
- 2. Œuvrer chaque jour pour une société solidaire et inclusive** construite autour d'une stratégie de prévention de proximité, adaptée, personnalisée, bien organisée et partagée par tous, et ce tout au long de la vie.
- 3. Placer le chirurgien-dentiste au cœur du parcours santé de chacun**, persuadée que la relation qui s'établit chaque jour entre le praticien et son patient est unique.



UFSBD, 7 rue Mariotte 75017 Paris

ufsbd@ufsbd.fr

www.ufsbd.fr

