



Soutien à la parentalité et réduction des inégalités sociales en santé bucco-dentaire

Margaux Dovèze

► To cite this version:

Margaux Dovèze. Soutien à la parentalité et réduction des inégalités sociales en santé bucco-dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. hal-03298008

HAL Id: hal-03298008

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298008>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

**ACADÉMIE NANCY- METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE**

Année 2019

N° 10689

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Margaux DOVÈZE

Née le 24 décembre 1991 à Laxou (54)

**SOUTIEN À LA PARENTALITÉ ET RÉDUCTION DES
INÉGALITES SOCIALES EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le 20 mai 2019

Examineurs de la thèse :

Pr. J.M. MARTRETTE
Dr. C. CLÉMENT
Dr. D. DROZ
Dr. M. HERNANDEZ

Professeur des Universités
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences

Président
Directrice de thèse
Juge
Juge

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

Président : Professeur Pierre **MUTZENHARDT**

Doyen : Professeur Jean-Marc **MARTRETTE**

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
	Mme DARSAT Claire	Assistante*
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme FANGET Alexia	Assistante
	M. EGLOFF Benoît	Maître de Conférences *
	Mme SENG Marilyne	Assistante *
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme LAWTON Mathilde	Assistante
	Mme CLÉMENT Céline	Maître de Conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Assistant *
Département Parodontologie Sous-section 57-01	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
	M. AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M. LACH Patrick	Assistant
	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée
	Mme GUILLET-THIRIAULT Julie	Maître de Conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
	M. HASNAOUI Nasr	Assistant
Département Biologie orale Sous-section 57-01	Mme KICHENBRAND Charlene	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
	M. MORTIER Eric	Professeur des Universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M. VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. GEVREY Alexis	Assistant
Département Prothèses Sous-section 58-01	M. GIESS Renaud	Assistant *
	M. DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M. CIESLAK Steve	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Assistant *
	M. MAILLET Maxime	Assistant
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante
	M. VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences
	Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 01/12/2018

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Pharmacologique

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Doyen de la faculté d'Odontologie de Lorraine

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de la pédagogie dont vous avez fait preuve envers les étudiants au cours de nos années d'études.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE,

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Responsable du département Prévention, Épidémiologie, Économie de la santé,
Odontologie légale

Vice-Doyen de la faculté d'Odontologie de Lorraine

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Nous souhaitons vous remercier de nous avoir suggéré ce sujet de travail et d'en avoir accepté la direction.

Nos remerciements les plus sincères pour votre disponibilité, votre compréhension, vos conseils et votre soutien pendant toute la durée de ce travail. Nous admirons votre enthousiasme et votre engagement pour ce sujet.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde admiration et toute notre gratitude.

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Dominique DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré Nancy

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Nous vous remercions de l'attention que vous portez à ce travail. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de votre pédagogie et de vos enseignements au cours de nos années d'études.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Magali HERNANDEZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier en Odontologie Pédiatrique

Nous tenons à vous remercier sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre pédagogie, votre disponibilité et votre écoute tout au long de nos études.

Nous souhaitons vous exprimer par ce travail toute notre gratitude et notre respect.

Table des matières

INTRODUCTION	13
1. La carie de la petite enfance	14
1. Définition.....	14
2. Le syndrome du biberon	15
3. Facteurs de risque principaux	17
1. Consommation de substances cariogènes	18
2. La fréquence et rythme des prises alimentaires	20
3. Les bactéries	21
4. La qualité de l'hygiène bucco-dentaire	22
5. Les facteurs socio-économiques	24
4. Risque carieux individuel (RCI)	26
2. Les inégalités sociales en santé bucco-dentaire	29
3. Santé et parentalité, définitions et enjeux	37
1. Définition de la parentalité	37
1. Aspect anthropologique	37
2. Aspect psychologique	38
3. Aspect sociologique	39
4. Aspect juridique.....	40
5. Aspect politique.....	41
6. En conclusion	42
2. Accompagnement à la parentalité	43
3. Accompagnement à la parentalité et santé.....	47
4. Exemples de programmes de soutien à la parentalité à l'international.....	51
5. Exemples de programmes de soutien à la parentalité en France.....	57
4. Actions d'accompagnement à la parentalité et de prévention en santé bucco-dentaire 61	
1. Au niveau international.....	61
1. <i>Dental home</i> aux États-Unis	61
2. <i>Text4baby</i> aux États-Unis	66
3. Prévention au Canada.....	67
4. <i>Lift the lip</i> en Australie.....	72
5. Situation en Angleterre	74

6. Guides de recommandations (<i>Anticipatory Guidance</i>)	77
2. Au niveau national.....	78
1. L'examen bucco-dentaire des femmes enceintes.....	79
2. Programme de prévention bucco-dentaire du Val de Marne.....	80
3. Prévention bucco-dentaire au sein de la ville de Nancy	83
Conclusion	92
Bibliographie	95
Annexes :	113

Table des figures

Figure 1 : Formes sévères de caries précoces de l'enfance, d'après Drury et coll. (1999)

Figure 2 : Etiologie de la carie d'après Keyes en 1962, modifié par Newbrun et Krönig en 1987

Figure 3 : Les facteurs influençant la santé dentaire de l'enfant, d'après le modèle développé par Fischer et coll en 2007 se basant sur la triade de Keyes (1962) et les données du *National Committee on Vital and Health Statistics* (2002)

Figure 4 : Nombre d'heures de sommeil recommandées chez l'enfant, d'après l'*American Academy of Sleep Medicine* (2016)

Figure 5 : Proportion de dents cariées soignées selon le groupe socioprofessionnel des parents, selon la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

Figure 6 : Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents d'après la DREES-DGESCO dans une Enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013)

Figure 7 : Recommandations des produits fluorés chez l'enfant en fonction du risque carieux, selon l'AFSSAPS en 2008

Figure 8 : Recours au dentiste des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère, d'après l'INSEE dans l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008

Figure 9 : Proportion de dents cariées soignées selon le groupe socioprofessionnel des parents, d'après la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

Figure 10 : Les indicateurs de santé bucco-dentaire et de comportements préventifs selon le groupe socioprofessionnel des parents, d'après la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

Figure 11 : Illustration de la prise en charge centrée sur le patient dans un *Medical Home* d'après *Adelante Healthcare* (2019)

Figure 12 : Concept de *Dental Home* d'après *Western Dental & Orthodontics* (2019)

Figure 13 : Brochure de promotion de la santé, dont la visite chez le chirurgien-dentiste à 1 an, chez le nourrisson, d'après le *National Institute of Dental and Craniofacial Research* (2018)

Figure 14 : Fréquence des habitudes alimentaires d'apaisement utilisée par les mères au moment de coucher leur enfant selon le risque carieux qu'elles représentent, d'après une étude de C. Galarneau (2006)

Figure 15 : Exemple d'illustrations du programme Lift the Lip à destination des parents, d'après *SA Health* et *NSW Health*

Figure 16 : Conseils pour réduire la carie dentaire chez l'enfant d'après *Public Health England* en 2018

Figure 17 : Évolution de l'atteinte carieuse des enfants dans le Val-de-Marne, d'après Cohen et Eid en 2013

Figure 18 : Évolution de l'atteinte carieuse chez l'enfant de 12 ans en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la mère, dans le Val de Marne d'après Cohen et Eid en 2013

Figure 19 : Extraits du dépliant « Offrez à votre enfant une vie sans carie », d'après Pacorel (2015)

Figure 20 : De gauche à droite : livret pour les parents, Guide pratique pour les professionnels de santé, Fiche patient à remplir par les professionnels de santé lors des consultations dentaires, d'après Pacorel (2015)

Figure 21 : Affiches pour le 3^e Grand Atelier des Familles à Nancy en 2017

Figure 22 : Affiche pour le Grand Atelier des Familles à Nancy en 2017

INTRODUCTION

La préservation de la santé dentaire chez l'enfant est aujourd'hui un enjeu majeur en matière de santé publique.

Pour autant, de fortes inégalités en santé perdurent encore au sein des populations malgré la nette amélioration de la santé bucco-dentaire au cours de ces dernières décennies.

Ces inégalités ne sont pas le simple résultat de la biologie mais bien multifactorielles ; contexte social, environnemental, économique des familles en plus des facteurs de risques biologiques de la carie que nous exposerons en premier lieu.

En France, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé, quel que soit l'âge des individus étudiés, les résultats en termes de prévalence carieuse sont toujours associés à des facteurs socio-économiques comme le niveau d'études de la mère ou encore la catégorie socio-professionnelle des deux parents (Haute Autorité de santé, 2010). Il est ainsi nécessaire d'agir au plus tôt en prévention, et au plus près des parents qui sont généralement les premiers éducateurs de leurs enfants.

Il est vrai qu'être parent est la tâche la plus difficile et importante dans la vie de nombreuses personnes, et cela, sans y être vraiment préparé. Le soutien aux parents apparaît alors comme un atout majeur pour agir en santé publique. Accompagner les parents c'est pouvoir leur offrir toute forme d'aide ou d'intervention dans un but final de bien-être et d'épanouissement de leur(s) enfant(s).

Nous exposerons donc ce que sont les inégalités sociales en santé, en particulier pour la carie de la petite enfance, véritable fléau « simple » à éviter grâce à la prévention et surtout grâce à une bonne information et à une éducation à la santé des parents. Nous observerons comment le soutien à la parentalité peut permettre d'améliorer ou d'éviter cette situation et comment il prend une place grandissante au sein des programmes de prévention en santé bucco-dentaire.

1. La carie de la petite enfance

1. Définition

La carie est une maladie infectieuse transmissible d'origine multifactorielle produite par une déminéralisation acide des tissus durs de la dent (émail, dentine et cément) par un biofilm bactérien composant la plaque dentaire. La consommation de sucres provenant de l'alimentation par les bactéries cariogènes va entraîner une libération d'acides et, en conséquence, une chute du pH dans la cavité buccale (Haute Autorité de Santé, 2010).

L'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD) définit la carie précoce (CPE) ou *early childhood carie* (ECC) comme une maladie multifactorielle qui affecte les enfants de 0 à 6 ans. Elle se matérialise cliniquement par une ou plusieurs dents cariées (avec ou sans cavitation), absentes (pour cause de carie) ou de surfaces dentaires obturées sur toute dent temporaire de l'enfant (AAPD, 2016).

Cette maladie porte plusieurs appellations qui précisent l'âge, la sévérité des lésions, le facteur causal ou encore la topographie des lésions : « carie précoce de l'enfant », « syndrome du biberon », « carie du biberon », « *baby bottle teeth decay* », « caries de l'allaitement », « *rampant carie* ».

D'après l'AAPD en 2016, la forme sévère de caries de la petite enfance (ou S-ECC) se caractérisera par :

- Tout signe de carie sur les faces lisses chez l'enfant de moins de trois ans
- Une ou plusieurs lésions cavitaires, ou dent absente du fait d'une carie ou une surface lisse restaurée sur les dents antérieures au maxillaire chez l'enfant entre 3 et 5 ans
- Si l'indice CAOOF dépasse 4 à 3 ans, 5 à 4 ans et 6 à 5 ans (Figure1).

L'indice CAOOF (noté cod en denture lactéale) est un indicateur d'atteinte carieuse et de sévérité et permet de comptabiliser le nombre total de faces dentaires cariées, absentes ou obturées pour causes de caries chez un individu (*decayed, missed and filled teeth* en anglais) (Haute Autorité de Santé, 2010).

Formes sévères de CPE			
< 3 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Tout signe de carie sur surface lisse	CAOF ≥ 4	CAOF ≥ 5	CAOF ≥ 6
	Une ou plusieurs dents maxillaires antérieures touchées		

Figure 1 : Formes sévères de caries précoces de l'enfance
D'après Drury et coll. (1999).

2. Le syndrome du biberon

Le syndrome du biberon (*baby bottle teeth decay*) correspond à la présence de lésions carieuses ou à l'absence de dent due à la carie dont l'origine est le contact prolongé et répété des dents temporaires avec un liquide cariogène (lait, soda, sirop, chocolat, jus de fruit...) par l'intermédiaire d'un biberon (AAPD, 2016). C'est une forme sévère de la carie de la petite enfance caractérisée par des caries évolutives dites « rampantes ».

Il est à noter que seul le terme de carie de la petite enfance devrait être employé car il englobe tous les problèmes carieux de l'enfant, y compris ceux liés au biberon. Le monde médical s'accorde à penser que le terme de syndrome du biberon ne devrait plus être utilisé, les parents pensant (ou se réfugiant derrière l'idée) encore trop fréquemment que leur enfant est atteint de la « maladie du biberon » et qu'ils ne pourront rien y changer. Toutefois, nous conserverons les deux appellations dans ce travail car elles sont toutes deux encore très utilisées.

Le plus souvent un des derniers biberons est donné au moment du coucher pour calmer l'enfant et celui-ci s'endort avec, causant un contact prolongé dans le temps avec le liquide sucré ce qui instaure ainsi un environnement acide extrêmement favorable au développement de caries (Folliguet, 2006). De plus, le flux salivaire possédant une fonction protectrice importante contre les bactéries acidophiles est fortement réduit pendant le sommeil (Dawes, 2008 ; Lynge Pedersen, 2019).

Les parents se voient contraints à long terme de redonner un biberon sucré à leur enfant pour qu'il s'endorme et à chaque fois qu'il se réveille la nuit, répétant ainsi la consommation de sucres. (Freeman et Stevens, 2008)

Les premières dents touchées sont les incisives maxillaires car elles sont les premières à réaliser leur éruption au maxillaire. Elles sont exposées directement aux liquides sucrés par la tétine, possiblement au lait maternel en cas d'allaitement prolongé et ne bénéficient pas autant du nettoyage salivaire. Les incisives maxillaires sont donc généralement les dents les plus sévèrement atteintes (Folliguet, 2006, Tungare et Paranjpe, 2018).

Les dents sont ensuite atteintes par ordre d'éruption. Il est à noter que les incisives mandibulaires restent en général indemnes, protégées par la langue pendant la succion et par la salive grâce au canal salivaire sous-mandibulaire (dit canal de Wharton) abouchant à proximité (Brodeur et Galarneau, 2006).

Toutefois, si le phénomène se prolonge sans intervention, toutes les dents finissent par être touchées.

La progression des lésions est très rapide et la pulpe atteinte en peu de temps, sans douleur systématique, ce qui explique les consultations tardives de ces enfants.

Considérant les rôles majeurs des dents temporaires et permanentes dans la cavité buccale et ceux essentiels de la bouche dans les fonctions de respiration, mastication, digestion, phonation, l'expression faciale et la réception sensorielle, la carie de la petite enfance peut avoir des conséquences importantes sur l'enfant et son développement à plus ou moins long terme (Sheiham, 2006).

Les complications peuvent être locales (infections) mais elles se limitent rarement à une perte des dents. Les dents temporaires ont un rôle majeur dans la croissance de la sphère oro-faciale et leur disparition peut entraîner des problèmes orthodontiques, esthétiques et/ou des problèmes d'acquisition phonétique. La douleur liée aux dents infectées peut laisser l'enfant incapable de manger, ce qui risque d'aboutir à des troubles alimentaires et digestif car préférant une alimentation molle. Cela peut à terme affecter sa croissance. Ses dents abîmées peuvent aussi altérer son apparence et ses relations avec autrui pouvant aboutir à des problèmes psychologiques et sociales (l'enfant ne sourit plus) (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2014 ; Çolak et coll., 2013 ; Tungare et Paranjpe, 2018).

La carie de la petite enfance est donc un phénomène grave. Une identification des facteurs de risques et une intervention précoce sont nécessaires afin de mettre en place des mesures préventives.

3. Facteurs de risque principaux

L'étiologie de la carie est multifactorielle et Keyes est le premier à avoir proposé un modèle pour l'expliquer en 1962. Il identifie trois facteurs liés entre eux : le terrain ou l'hôte (tissus durs et salive), des bactéries cariogènes (microorganismes) et le substrat (sucres). Le facteur temps sera rajouté par Newbrun et König en 1987, un temps prolongé et répété étant nécessaire au développement d'une carie (Figure 2).

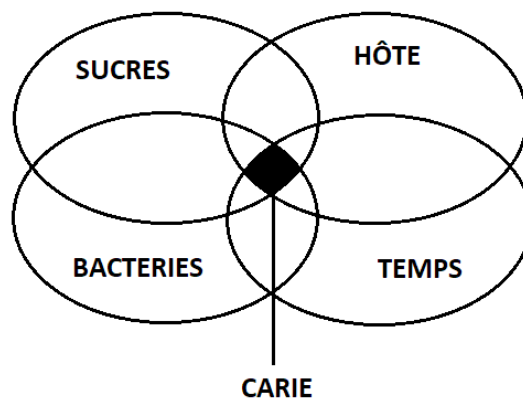


Figure 2 : Étiologie de la carie d'après Keyes en 1962, modifié par Newbrun et Krönig en 1987

Les facteurs socio-économiques et l'environnement de l'enfant ont également une grande influence sur le risque carieux (Figure 3).

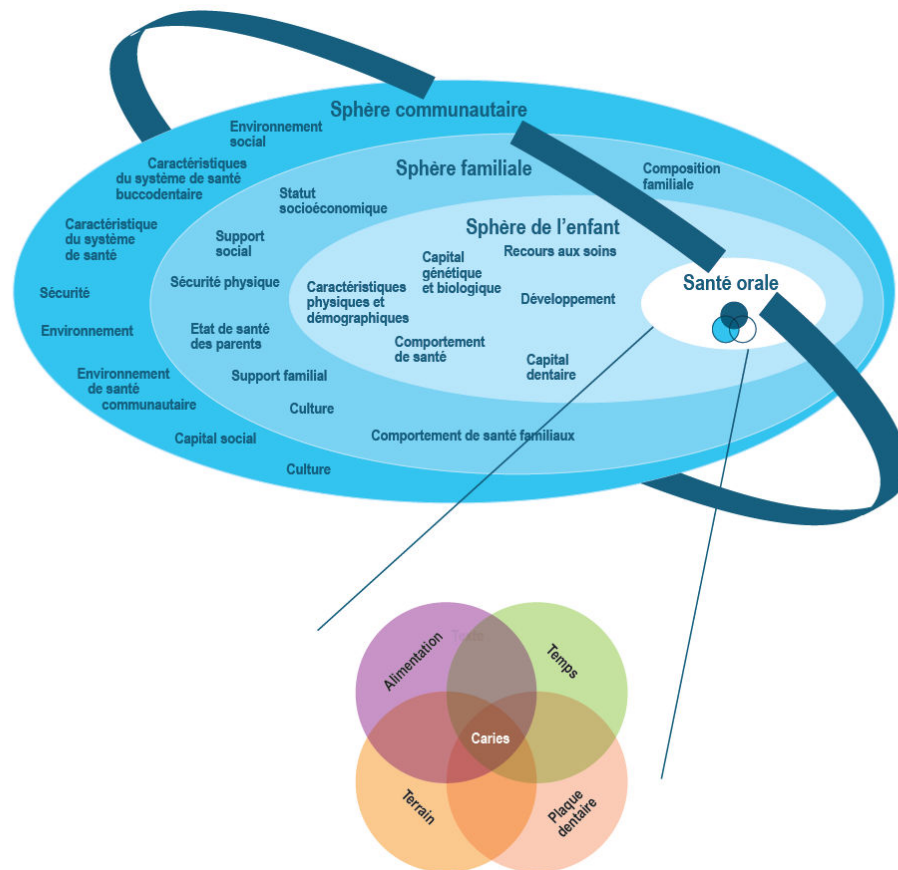


Figure 3 : Les facteurs influençant la santé dentaire de l'enfant, d'après le modèle développé par Fischer -Owens et coll. en 2007 s'appuyant sur la triade de Keyes (1962) et les données du *National Committee on Vital and Health Statistics* (2002)

Nous allons désormais développer brièvement les facteurs de risque principaux dans le développement des caries de la petite enfance et les interactions entre ces facteurs biologiques et les facteurs socio-économiques et environnementaux.

1. Consommation de substances cariogènes

La consommation de substances cariogènes débute dès la naissance par le lait maternel ou des substituts (préparation pour nourrisson). Bien que le lactose ne possède qu'un pouvoir cariogène peu élevé par rapport au saccharose, le risque existe malgré tout dès l'éruption des premières dents (Folliguet et Bénétière 2004).

La cariogénicité des sucres fermentescibles se mesure par leur capacité à produire des acides organiques, issus du métabolisme par les bactéries cariogènes, conduisant à une baisse du pH dans la cavité buccale.

Le saccharose est considéré comme le plus cariogène des sucres fermentescibles. C'est le glucide alimentaire le plus utilisé dans l'industrie agroalimentaire et le plus consommé dans les pays industrialisés. Le glucose et le fructose sont également considérés comme fortement cariogènes alors que le lactose et le maltose ont le potentiel le moins élevé (HAS, 2010). C'est l'utilisation inappropriée du biberon avec un apport trop fréquent de sucre qui va entraîner l'apparition de caries précoces (Folliguet et Bénétière 2004).

Au contraire, le xylitol, le sorbitol et l'aspartam sont des sucres de substitution et sont peu ou pas fermentescibles donc non cariogènes (Folliguet et Bénétière 2004, HAS 2010). Selon l'*European Food Safety Authority* (EFSA) en 2013, l'aspartame et ses produits de dégradation sont sûrs pour la consommation humaine aux niveaux actuels d'exposition (la dose journalière acceptable, DJA, étant fixée à 40 mg/kg de poids corporels par jour). Les experts de l'EFSA ont conclu que l'aspartame n'entraînait pas de dommage pour le cerveau et le système nerveux et n'affectait pas le comportement ou le fonctionnement cognitif chez les enfants et les adultes. Concernant la grossesse, il n'existerait pas de risque pour le développement du fœtus suite à une exposition à la phénylalanine dérivée de l'aspartame à la DJA actuelle, sauf chez les femmes souffrant de phénylcétonurie. Cependant, l'utilisation de sucres artificiels serait associée à une augmentation du poids chez l'enfant (Brown RJ et coll., 2010).

L'alimentation a donc une grande influence sur la santé de la cavité buccale. D'après le guide du Plan Nutrition Santé de 2011- 2015, l'alimentation de l'enfant se diversifie à partir de 6 mois. Il faut commencer à introduire d'autres aliments que le lait et favoriser une alimentation diversifiée et équilibrée. La seule boisson recommandée est l'eau pure, les jus de fruit ne sont pas indispensables et il est déconseillé de donner des sodas, même édulcorés dits « light », ou des sirops qui apportent beaucoup trop de sucres. De plus cela contribue à habituer l'enfant au goût sucré et à lui donner de mauvaises habitudes alimentaires. En ce sens, la collation matinale a été supprimée dans la plupart des collectivités (hormis celles où l'on suppose une absence de prise alimentaire matinale par les enfants) (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016).

La consommation au long cours de médicaments pédiatriques comme des sirops, des granules homéopathiques, ... risque également d'engendrer des caries car

source de sucres fermentescibles. La HAS recommande ainsi la généralisation de la substitution du sucre par un édulcorant dans les médicaments.

2. La fréquence et rythme des prises alimentaires

Comme nous l'avons vu précédemment, la relation entre consommation de sucres fermentescibles et carie dentaire est très importante. La fréquence des prises alimentaires (grignotage surtout) augmente le temps de contact des dents avec les substances cariogènes et donc augmente le risque de carie (Jager et coll., 2018).

Les repas d'un enfant se composent du petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner. Toutes prises alimentaires ou boissons sucrées entre ces repas seront considérées comme du grignotage (Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents 2015).

Les prises alimentaires répétées dans la journée entraînent une acidité durable voire constante dans la cavité buccale, favorable au développement des bactéries responsables des caries (Çolak et coll., 2013).

De plus, la salive joue un grand rôle de balance dans la relation hôte - bactéries de la cavité buccale. La chasse salivaire permet d'éliminer une partie des bactéries et des sucres présents en bouche et d'ainsi maintenir un équilibre dans le microbiome oral (Lynge Pedersen, 2019). Elle protège les surfaces dentaires de la déminéralisation par son taux de sécrétion, sa composition, son effet tampon et en tant que véhicule d'agents thérapeutiques à action topique (dentifrices, vernis, ...).

Le rôle de la salive devient évident lors de dysfonctionnement des glandes salivaires ou lorsque son débit est altéré quantitativement par certaines prises médicamenteuses. Une chute de production de la salive aboutira à une augmentation du risque de carie, à des gingivites et à des infections fongiques (Lynge Pedersen, 2019). Le débit salivaire étant à son minimum pendant la nuit, les propriétés protectrices de la salive (pouvoir tampon et de reminéralisation, chasse salivaire) en sont donc réduites et les dents deviennent vulnérables aux attaques carieuses (Dowd, 1999 ; Dawes, 2008). Le grignotage après le repas du soir, d'autant plus s'il n'est pas suivi d'une hygiène bucco-dentaire, est donc le plus néfaste pour les dents, entraînant une stagnation des aliments sur les surfaces

dentaires. Le pouvoir tampon n'est plus suffisant pour contrer la production continue d'acides.

Chez les nourrissons ayant un nombre d'heures de sommeil important (Figure 4), ce contact ininterrompu est particulièrement néfaste.

Nourrissons (de 4 à 12 mois)	De 12 à 16 heures par jour
Tout-petits (de 1 à 2 ans)	De 11 à 14 heures
Enfants (de 3 à 5 ans)	De 10 à 13 heures
Enfants (de 6 ans à 12 ans)	De 9 à 12 heures
Adolescents (de 13 à 18 ans)	De 8 à 10 heures

Figure 4 : Nombre d'heures de sommeil recommandées chez l'enfant, d'après l'*American Academy of Sleep Medicine* (2016)

La prévention du risque carieux passe ainsi par la réduction de la quantité mais surtout de la fréquence de consommation des sucres. (HAS, 2010 ; AAPD, 2016).

3. Les bactéries

La cavité buccale offre un milieu humide, chaud et avec une abondance de nutriments, propice au développement des bactéries. Chez une personne en bonne santé, la flore orale est très diversifiée avec 250-300 espèces de bactéries résidentes, les streptocoques étant les plus abondants (Lynge Pedersen, 2019).

Comme nous l'avons vu précédemment, la physiopathologie de la carie fait intervenir des bactéries cariogènes qui métabolisent les sucres provenant de l'alimentation par la voie de la glycolyse. Ce sont principalement des *Streptocoques mutans* (*S.mutans*) et lactobacilles qui sont impliqués dans le développement des caries chez l'enfant (Folliguet 2006). Ces bactéries vont métaboliser les sucres présents en bouche et produire des acides organiques. Cela entraîne une déminéralisation des tissus calcifiés de la dent par chute du pH dans la plaque dentaire. La consommation excessive d'hydrates de carbones, surtout de saccharose comme nous avons pu le constater précédemment, favorise le développement de ces bactéries, surtout de *streptocoques mutans* (Anil et Anand, 2017).

L'acquisition de la flore bactérienne orale du nourrisson se fait dès les premiers mois de vie par le contact mère-enfant essentiellement. La mère peut constituer un « réservoir » de bactéries cariogènes surtout si le taux salivaire maternel de *S. mutans* est élevé (plus de 105 UFC/mL) (Berkowitz, 2003). Il s'agit d'une transmission bactérienne « verticale » qui s'établit par échanges salivaires directs (baisers) ou indirects (tétine, biberons ou encore cuillères mis en bouche pour « nettoyer » ou tester la température) (AAPD, 2011). La transmission bactérienne se fait principalement par les personnes qui s'occupent de l'enfant (mère, père, grands-parents, nounou, ...) même si une transmission horizontale entre enfants de même âge est bien évidemment possible (Anil et Anand, 2017).

La diminution en amont du taux de *S. mutans* dans la salive des mères est ainsi fortement recommandée. La grossesse est une période propice pour prévenir, surveiller et prodiguer les soins nécessaires à la mère ainsi que pour lui transmettre les conseils et bonnes pratiques pour l'enfant à venir. Un enseignement au brossage et les soins des caries de la mère doivent être réalisés pendant la maternité afin de diminuer le taux de bactéries en bouche. Au niveau international, il est d'ailleurs recommandé de faire réaliser à la femme enceinte des bains de bouche à la chlorhexidine ou encore de mâcher des chewing-gum au xylitol au moins deux à trois fois par jour (*Guideline on Perinatal Oral Health Care* de l'AAPD en 2011 ; Kandan et coll., 2011). Enfin, pour diminuer la transmission bactérienne après la naissance, les parents doivent au maximum éviter tout échange de bactéries direct ou indirect avec l'enfant.

4. La qualité de l'hygiène bucco-dentaire

La flore bactérienne responsable des caries se situe dans un biofilm appelé plaque dentaire. La cavité buccale offre des niches dans lesquelles les bactéries peuvent former ce biofilm : les surfaces dentaires. Les tissus durs de la dent comme les divers soins dentaires sont des surfaces qui ne se renouvellent pas naturellement et offrent donc une surface durable aux bactéries pour se développer en absence de brossage (Lynge Pedersen, 2019). La plaque dentaire est un dépôt granuleux, mou qui s'accumule sur les dents et s'épaissit dans les zones non nettoyées.

L'hygiène dentaire peut constituer un facteur de risque de lésions carieuses. Elle est dépendante du comportement, déterminée par exemple par la qualité du brossage et sa fréquence, le niveau de recours aux actes de prophylaxie réalisés par les professionnels dentaires (vernis, scellement de sillons), les soins précoces (accès aux soins et renoncement pour des raisons financières ou autres) et les habitudes alimentaires (fréquence des prises alimentaires, grignotage entre les repas) (HAS, 2010).

Il a été montré que le brossage des dents plusieurs fois par jour réduit le nombre de caries. L'hygiène et le contrôle de cette plaque dentaire sont donc primordiaux dans la prévention de l'apparition de caries (Folliguet 2006).

Avant l'éruption des dents (jusqu'à environ six mois), les gencives doivent être nettoyées à l'aide de compresses humides afin d'habituer l'enfant à se laisser nettoyer la bouche par son parent et d'instaurer un environnement sain pour l'éruption des premières dents temporaires (HAS, 2010).

La HAS et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) recommande le brossage des dents au minimum une fois par jour avec un dentifrice fluoré à l'ensemble de la population. Chez les enfants de moins de 6 ans, la teneur en fluor du dentifrice doit être adaptée à l'âge : inférieur ou égal à 500 ppm entre 0 et 3 ans, 500 ppm entre 3 et 6 ans. Les enfants de plus de 6 ans doivent utiliser des dentifrices dosés entre 1000 et 1500 ppm. Le brossage doit être exécuté par un adulte jusqu'à l'âge de 3 ans puis supervisé ou réalisé par un adulte entre 3 et 6 ans en fonction des capacités de l'enfant (HAS, 2010 ; AFSSAPS, 2008). La quantité de dentifrice déposé sur la brosse à dents est également déterminée par l'âge : à l'état de trace dès l'éruption de la première dent, la taille d'un petit pois ou de son ongle dès 1 an. La dose appliquée sur la brosse à dent augmente avec l'âge de l'enfant (Jager et coll., 2018).

5. Les facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques sont des bons prédicteurs de la santé dentaire. Ainsi une situation économique défavorisée est associée à des scores d'indices carieux plus élevés. L'éducation, le statut d'activité et le revenu des parents ont un impact sur la santé bucco-dentaire de leurs enfants (Azogui-Lévy et Rochereau, 2012).

Le niveau d'éducation des parents est un facteur important car il est prédictif d'un meilleur emploi, de revenus plus élevés, d'une position socio-économique plus haute sur l'échelle sociale permettant une amélioration des conditions de vie : meilleur logement, meilleures habitudes alimentaires... Réciproquement, de faibles conditions socio-économiques pendant l'enfance prédisposent à plus de désavantages sociaux et comportementaux le reste de la vie. Le niveau d'éducation de la mère est particulièrement significatif ainsi que son état bucco-dentaire. Un faible niveau d'éducation ainsi qu'une mauvaise santé bucco-dentaire de la mère entraînent un fort risque de carie chez l'enfant (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2013).

La catégorie socioprofessionnelle des parents influence aussi ce risque (Figure 5 et 6) : les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP (Zone d'Education Prioritaire) ou en zone rurale sont significativement plus atteints (DREES, 2013).

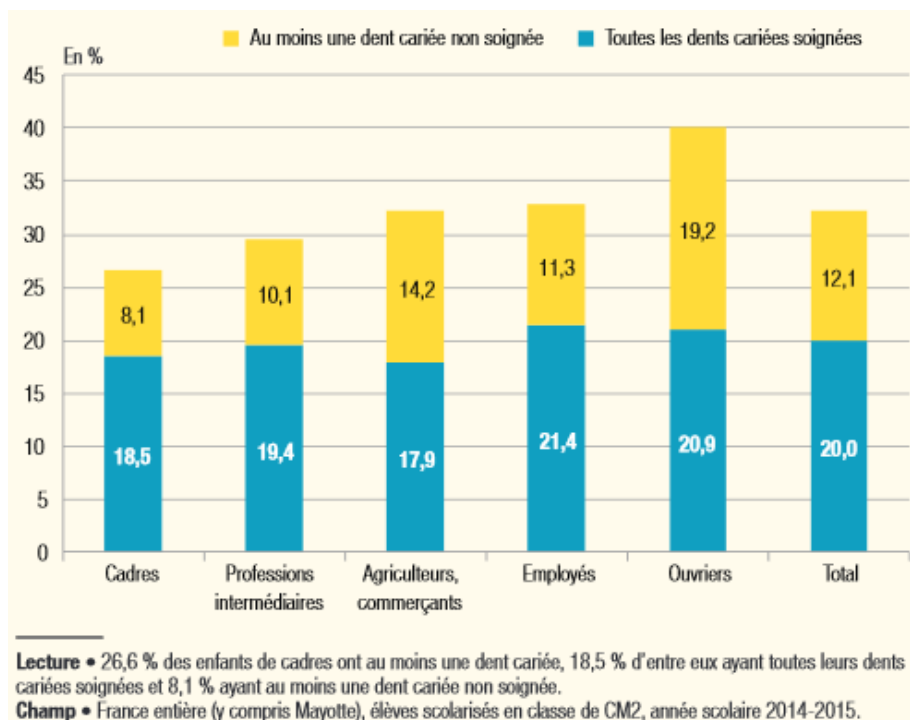


Figure 5 : Proportion de dents cariées soignées selon le groupe socioprofessionnel des parents, selon la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

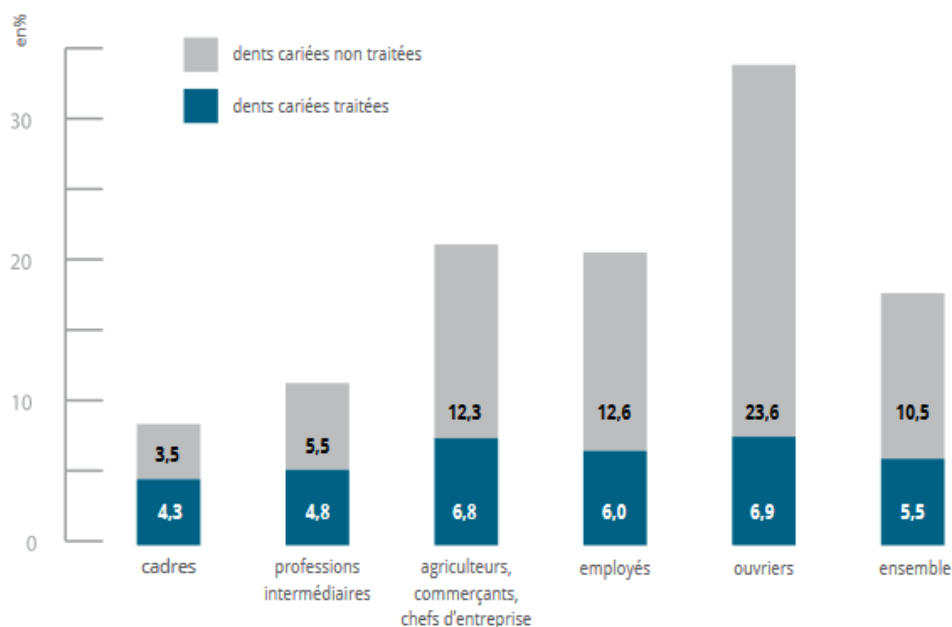


Figure 6 : Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents d'après la DREES-DGESCO dans une enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

D'autres facteurs de risques socioéconomiques importants sont les faibles revenus des parents, la monoparentalité, l'appartenance à une minorité ethnique ainsi que le statut d'immigrant (Çolak et coll., 2013 ; *American Academy of Pediatric Dentistry*, 2014).

4. Risque carieux individuel (RCI)

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2006) a fourni des facteurs permettant d'évaluer le risque carieux individuel. Le risque carieux n'est pas un diagnostic mais un pronostic. Il repose sur une anamnèse précise et une évaluation clinique par le chirurgien-dentiste.

Un patient sera classé en risque carieux élevé s'il présente au moins un des facteurs de risque suivant :

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments et boissons)
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons anfractueux au niveau des molaires
- Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation
- Présences de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail)

Un patient sera classé en risque carieux faible s'il ne présente aucun de ces facteurs.

L'AFSSAPS en 2008 rajoute des facteurs de risque environnementaux :

- Un niveau socio-économique ou d'éducation faible de la famille
- Une maladie ou un handicap de l'enfant entraînant des difficultés de brossage
- Le port d'appareils orthodontiques
- Présence ou antécédents de caries chez l'enfant mais également chez les parents ou dans la fratrie.

Le RCI permet d'identifier les patients à risque qui auront besoin d'un suivi plus intensif. Un patient à RCI élevé sera vu 2 à 4 fois par an contre une fois par an pour un RCI faible selon les recommandations de la HAS (HAS, 2006).

Quel que soit le niveau de risque carieux de l'enfant, la mesure la plus efficace pour la prévention des lésions carieuses selon l'AFSSAPS repose sur un brossage minimum biquotidien des dents avec un dentifrice fluoré adapté à l'âge (Figure 7).

	0-6 mois Nourrisson sans dent*	6 mois-3 ans Mise en place des dents temporaires - Autonomie/motricité de l'enfant en cours d'acquisition	3-6 ans Denture temporaire stable - Acquisition de l'autonomie/motricité de l'enfant	Après 6 ans Mise en place des dents permanentes
Enfant à faible risque carieux	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation annuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	Topique : Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm
Enfant à risque carieux élevé	Topique : sans objet Systémique : Non fondé**	Evaluation biannuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (vernifs, gels...) prescrites et/ou appliquées par un chirurgien-dentiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré ≤ 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte. <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice fluoré à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	- Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm. Un dentifrice à plus forte teneur en fluor est possible à partir de 10 ans. - Possibilité d'utiliser un bain de bouche fluoré.
		Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche ou gouttes, répartis en 2 prises, à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus	- Comprimés : à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus

*absence d'outils d'évaluation du risque individuel validé

**absence de données consensuelles (données contradictoires et manque d'études de niveau de preuve suffisant)

Figure 7 : Recommandations des produits fluorés chez l'enfant en fonction du risque carieux, selon l'AFSSAPS en 2008.

La prévention de la carie dentaire passe donc par :

- L'enseignement à une hygiène bucco-dentaire adaptée
- L'enseignement à une bonne hygiène alimentaire
- Une consultation précoce et régulière par le chirurgien-dentiste.

Les enfants à risque carieux élevé doivent bénéficier de mesures de prévention et d'une prise en charge spécifique par un chirurgien-dentiste. Les actes de prophylaxie les plus adaptés doivent être proposés (application de vernis ou gels fluorés deux fois par an, scellement des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes et leurs réparations si persistance du RCI) (HAS, 2006).

2. Les inégalités sociales en santé bucco-dentaire

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et la santé bucco-dentaire ne fait pas exception. Dès la fin des années 1980, la santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée :

- À l'âge de 12 ans, l'indice carieux qui était de 4,20 en 1987 et de 1,94 en 1998 est passé à 1,23 en 2006. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie, qui était de 12% en 1987 et de 40% en 1998, atteint 56% en 2006.
- À l'âge de 6 ans, l'indice carieux baisse dans la même proportion (environ un tiers) et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est de 63,4%. (Azoguy-Lévy et Boy- Lefèvre, 2005 ; Lupi-Pégurier et coll., 2009 ; Tramini et Bourgeois, 2017).

Mais des inégalités subsistent : en France en 2006, 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de carie contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 (DREES, 2013).

C'est en 2007 que l'Assurance maladie lance son programme M'T DENTS qui prévoit un examen de prévention pris en charge à 100% sans avance de frais chez le chirurgien-dentiste de son choix, pour les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans avec pour objectif de permettre l'adoption d'une bonne hygiène dentaire dès le plus jeune âge et de faciliter l'accès aux soins pour tous tout en favorisant la prévention et la prise en charge précoce d'éventuels problèmes dentaires. Depuis, le programme s'est vu rajouté de nouveaux rendez-vous à 21, 24 ans et aux femmes enceintes (appelé Examen Bucco-Dentaire EBD pour la femme enceinte). Un rendez-vous supplémentaire à 3 ans a été mis en place depuis le 1^{er} avril 2019.

Depuis l'instauration de ce programme, la situation s'est améliorée mais n'est toujours pas optimale. D'après l'enquête Santé et protection sociale menée en 2010, 75% des enfants âgés de 6 ans et 70% des enfants de 9 et 12 ans ont consulté un chirurgien- dentiste dans le cadre de ces visites. Ce pourcentage passe à 40% chez les adolescents de 15 ans. Cette participation diffère selon le groupe social des parents : 64% des enfants dont la personne référente du ménage est employée

déclarent avoir participé à la visite au 6^e anniversaire contre 71% des enfants d'ouvriers et 82% des enfants de cadres ou professions intermédiaires. (DREES, 2013). La gratuité des soins et l'absence d'avance de frais ne garantissent pas le recours aux soins dentaires. Le manque de connaissances de ce dispositif et la crainte du chirurgien-dentiste peuvent expliquer ce manque mais ces résultats soulignent surtout le besoin de cibler certaines populations dans les campagnes de prévention.

La HAS préconise une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste dès l'apparition des dents temporaires. Or d'après l'enquête Handicap-Santé de 2008, le recours aux soins dentaires est nettement inférieur : 70% des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste dans les douze derniers mois. Ce pourcentage est marqueur des inégalités sociales : 79% des enfants âgés de 5 à 15 ans dont la mère est cadre ont consulté un praticien dans les douze derniers mois, contre seulement 69% des enfants d'employées et 60% des enfants d'ouvrières. Un écart similaire est retrouvé en fonction de la catégorie socio-professionnelle du père. De plus, le recours augmente progressivement avec le niveau de diplôme de la mère (figure 8) : la proportion d'enfants ayant vu un chirurgien-dentiste dans l'année passe de 62% lorsque la mère est sans diplôme à 76% quand elle est diplômée de l'enseignement supérieur (DREES, 2013).

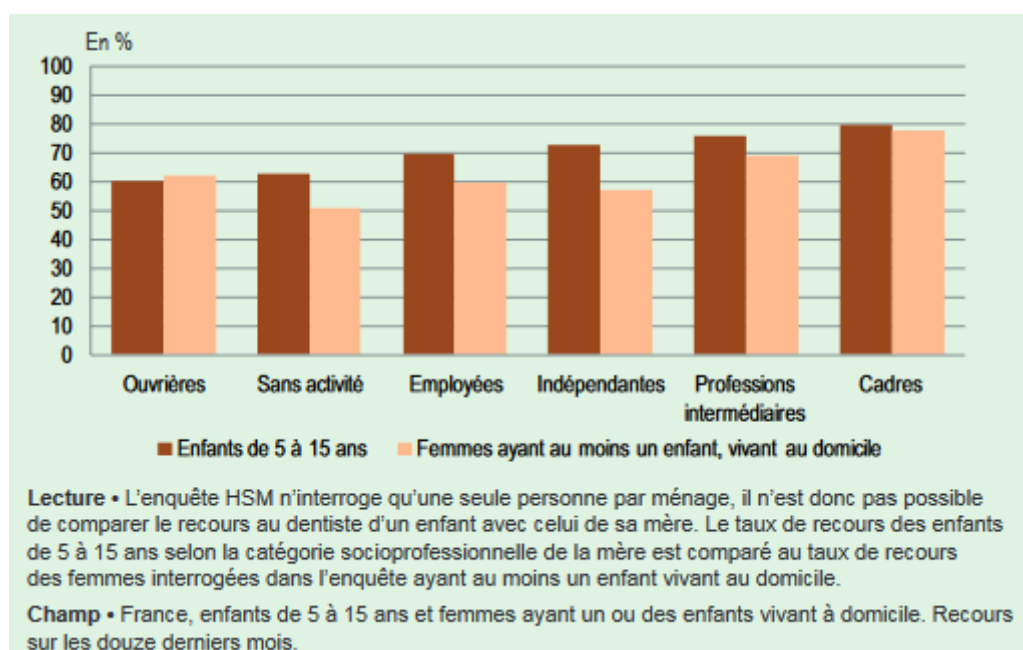


Figure 8 : Recours au chirurgien-dentiste des enfants selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère, d'après l'INSEE dans l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008.

Le statut d'activité des parents et le niveau de vie sont également discriminants. Seuls 56% des enfants dont la personne de référence du ménage est au chômage ont consulté un chirurgien-dentiste dans les douze derniers mois. Cette disparité se calque sur le recours aux soins des parents : le recours aux soins des mères ouvrières est plus faible que celui des cadres (DREES, 2013).

Ces inégalités de recours aux soins se traduisent par une interception plus tardive des caries. En 2006, en maternelle, 4% des enfants de cadres présentent au moins une carie non soignée contre 23% des enfants d'ouvriers.

De plus, les enfants scolarisés dans les régions d'outre-mer (DOM) ont deux fois plus souvent des dents non traitées que les enfants scolarisés en Métropole. De même, 70% des enfant de 5 à 15 ans en Métropole ont consulté un chirurgien-dentiste dans les douze derniers mois contre seulement 46% des enfants des DOM. Ce taux de recours plus faible s'explique aussi par la faible densité de praticiens dans les DOM (DREES, 2013).

Comme nous l'avons vu précédemment, une amélioration de l'indice CAO a été constatée des années 1980 à 2006. Cependant, ce progrès n'a pas touché tous les enfants dans les mêmes proportions : de 32% d'enfants d'ouvriers qui n'avaient aucune carie à l'âge de 12 ans en 1998 contre 47% des enfants de cadres, nous passons en 2006 respectivement à 56% et 67%, soit un gain de 18 points pour les enfants d'ouvriers contre 20 points pour les enfants de cadres en l'espace de 8 ans d'après la DREES en 2013.

Dans une autre enquête de la DREES sur la santé des élèves de CM2 en 2015, il est observé que 68% des élèves de CM2 présentent des dents indemnes de caries, soit une augmentation de 8 points par rapport à l'enquête de 2008. Cependant les différences entre cadres et ouvriers subsistent : 40% des enfant d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 27% des enfants de cadres. Parmi les 32% d'enfants ayant au moins une dent cariée, un peu plus d'un enfant sur trois a au moins une dent non soignée. Chez les enfants d'ouvriers, cela représente près de la moitié contre trois sur dix chez les cadres (Figure 9).

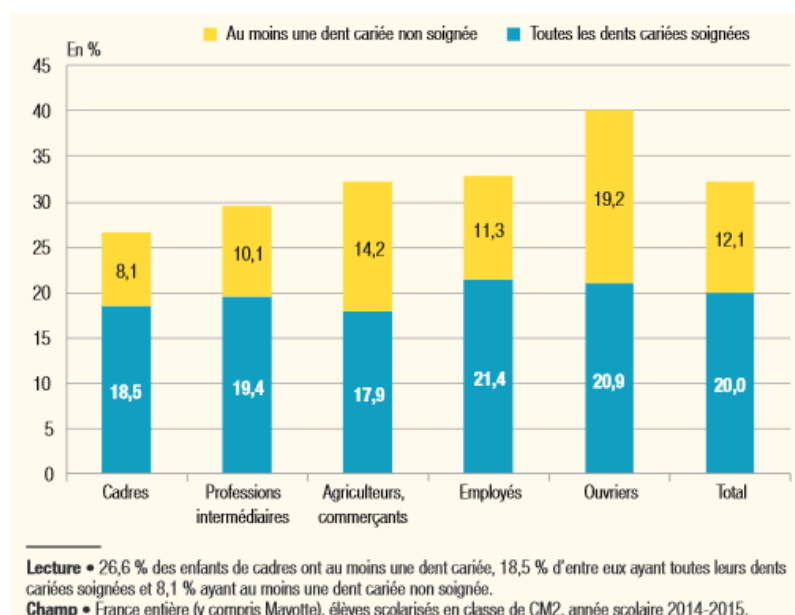


Figure 9 : Proportion de dents cariées soignées selon le groupe socioprofessionnel des parents, d'après la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

Toujours selon cette enquête, les enfants de cadres sont plus souvent équipés d'un appareil dentaire : 13% contre 9% des enfants d'ouvriers. Près de 12% des élèves de CM2 en 2015 portaient un appareil dentaire (contre 11% en 2008) (Figure 10). C'est le cas de 15% des élèves scolarisés dans les établissements privés, 12% dans les établissements publics hors zone prioritaires et 8% dans les écoles relevant des zones prioritaires.

De plus, 76% des élèves déclarent se brosser les dents plusieurs fois par jour, 79% chez les enfants de cadres contre 71% chez les enfants d'ouvriers (Figure 10).

Pourcentage d'enfants qui...	... ont des dents indemnes de caries	... se brossent les dents plusieurs fois par jour	... portent un appareil dentaire
Cadres	73,4	78,6	12,8
Professions intermédiaires	70,5	77,4	11,9
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	67,9	73	9,8
Employés	67,4	76,6	12,9
Ouvriers	59,8	71,1	9,3
Ensemble	67,9	75,9	11,7

Champ • France entière (y compris Mayotte), élèves scolarisés en classe de CM2, année scolaire 2014-2015.

Figure 10 : Les indicateurs de santé bucco-dentaire et de comportements préventifs selon le groupe socioprofessionnel des parents, d'après la DREES-DGESCO lors d'une enquête nationale sur la santé des élèves de CM2 (2017)

Les inégalités sociales montrent une exposition inégale au risque : les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015).

D'autre part, elles se traduisent également par un recours aux soins inégal : les cadres consultent plus fréquemment un chirurgien-dentiste que les catégories sociales peu qualifiées. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce moindre recours aux soins dans les populations les moins favorisées : un facteur financier mais aussi un facteur socioculturel : la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son corps, et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015).

Ces inégalités sociales qui touchent les parents pénalisent les enfants dans leur santé bucco-dentaire et leur santé générale. Ils n'auront pas acquis les bonnes habitudes en matière de suivi médical de façon similaire. Un enfant qui apprend tôt est plus à même de reproduire ce comportement une fois adulte. De plus, une intervention précoce permet d'éviter des problèmes bucco-dentaires plus graves une fois devenu grand. Enfin, comme nous l'avons évoqué précédemment, un mauvais suivi médical accompagné d'un mauvais état dentaire peut non seulement avoir de lourdes conséquences au niveau de la santé bucco-dentaire mais aussi de la santé générale de l'enfant (DREES 2013).

Un suivi précoce ainsi qu'une mise en place de moyen de prévention permettront d'accompagner les parents dans leurs devoirs envers leurs enfants et ce quel que soit leur situation socio-économique. D'après L'OMS, l'une des mesures qui offre les meilleures chances de réduire les inégalités sociales en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence (Société française de santé publique, 2016).

Il est également important d'introduire la notion de littératie lorsque nous abordons les inégalités sociales en santé. La littératie reste une notion récente dans la langue française, ce terme est encore aujourd'hui méconnu.

La littératie est une traduction du terme anglais « *literacy* » apparu à la fin des années 90. Il s'agit de l'aptitude à comprendre et à utiliser une information, dans la vie de tous les jours, dans le but d'accroître ses connaissances et ses capacités. Une définition exacte a été amenée en 2013 par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel » (Allaire et Ruel, 2017).

La littératie s'évalue en plusieurs niveaux de capacités (Bertrand et Cotton, 2015) :

- Le niveau 1 est un très faible niveau de compétences. L'individu ne comprend pas, par exemple, une simple instruction à suivre.
- Le niveau 2 est un peu plus élevé, puisque l'individu peut lire et comprendre des textes simples et explicites.
- Au niveau 3, l'individu peut intégrer plusieurs sources d'information et résoudre des problèmes plus complexes. Il peut ainsi répondre aux exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société évoluée.
- Les niveaux 4 et 5 correspondent à la maîtrise de compétences supérieures de traitement et d'analyse de l'information.

La littératie, notamment en santé bucco-dentaire, résulte d'une interaction entre la culture de l'individu et la société dans laquelle il évolue. Le système de santé et le système d'éducation auront des conséquences sur sa santé orale. La littératie est donc un déterminant de santé et varie en fonction de l'individu, de son état de santé et de ses interactions avec différents acteurs et établissements de santé (Bertrand et Cotton, 2015).

En ce sens, la littératie a pour but de diminuer les disparités en santé entre les individus, les personnes avec une littératie générale faible n'étant pas touchées par les actions de prévention globale. Un faible niveau de littératie conduit à l'adoption de mauvais comportements en santé et un recours aux services de prévention et de dépistage moins fréquents (Gloria 2018). De plus, c'est aux parents que revient la

responsabilité d'intégrer l'enfant dans le système de santé. Si cette attitude n'a jamais été intégrée par l'adulte, il reproduira le même schéma avec ses enfants. Les enfants dépendent des parents pour comprendre les mesures d'hygiène en santé mais également pour agir en fonction d'elles, pour prendre les décisions médicales les concernant, et pour se faire comprendre des professionnels de santé. Un faible niveau en littératie des parents se répercutera sur l'enfant (Bertrand et Cotton, 2015).

Certains groupes de population sont plus à risque : les personnes de 65 ans et plus, en situation de handicap ou vivant avec de faibles capacités cognitives ; ou encore des personnes issues de l'immigration, ne maîtrisant pas la langue du pays d'adoption ou sa culture. Un faible niveau d'éducation aurait également pour conséquence une faible littératie bucco-dentaire (Allaire et Ruel, 2017).

Or en Europe, le niveau de littératie est insuffisant : un programme de l'OCDE a permis de mener ces travaux dans 24 pays en 2012 : près de la moitié (49 %) de la population adulte de 16 ans à 65 ans des pays ayant participé à l'enquête n'a pas les compétences suffisantes pour développer ses connaissances et son potentiel et ainsi participer à notre société moderne qui est une société du savoir. En France, 60% des adultes ont un faible niveau de littératie (niveaux 0 à 2 sur 5) (Allaire et Ruel, 2017).

La France commence à proposer des initiatives pour améliorer ce constat (Gloria, 2018) :

- SantéBD.org : des fiches gratuites et illustrées permettant d'informer et expliquer les différents types de soins et consultations aux enfants, aux personnes en situation de handicap, aux personnes qui comprennent mal le français et plus globalement à tous.
- Sparadrap : des fiches illustrées qui sensibilisent les enfants dès le plus jeune âge aux visites médicales et soins hospitaliers et des formations dédiées aux professionnels de santé afin de mieux appréhender les soins chez les enfants.
- SOHDEV (Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité) : un ensemble d'outils de communication pour les personnes atteintes d'autisme, afin de les sensibiliser à une bonne hygiène bucco-dentaire et de les préparer aux consultations chez le dentiste.

La littératie est donc devenue un outil privilégié dans la lutte contre les inégalités sociales. L'accès à l'information est une responsabilité partagée entre professionnels et individus. Pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, l'action se situera sur différents niveaux (Van den Broucke, 2017). Il faut :

- Assurer une meilleure communication sur la santé, en établissant des lignes directrices prenant mieux en compte le concept de littératie en santé
- Créer et renforcer des environnements favorables à la littératie en santé
- Élaborer des politiques pour aborder la littératie en santé aux niveaux local, national et international.

3. Santé et parentalité, définitions et enjeux

1. Définition de la parentalité

La parentalité désigne de manière très large la fonction « d'être parent ». Le terme « parental » est apparu bien avant le terme parentalité pour définir les qualités et fonctions d'être parent. Le terme de parentalité est un néologisme officialisé dans les années 1980 et présenté dans la langue courante comme « nom féminin renvoyant à la qualité de parent » dans le Petit Robert (2001) ou encore « fonction d'être parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » dans le Petit Larousse (2000). Il est apparu dans la langue française au début des années 1960 dans le champ de la psychiatrie et de la psychanalytique, introduit en 1961 par le psychiatre Racamier. Il s'agit alors de la traduction du terme « *parenthood* » développé par la psychanalyste américano-hongroise Benedeck en 1959. Ce terme désignait alors spécifiquement le processus intrapsychique associé au fait d'être parent, dépassant la simple distinction entre la fonction maternelle et paternelle. Ce processus étant plutôt représenté comme une étape de développement psychologique de l'adulte (Lamboy, 2009).

Aujourd'hui, l'usage de ce terme s'est largement répandu. Cependant, l'évolution des différentes formes de famille ne permet plus de qualifier la parentalité seulement par les parents biologiques de l'enfant. Sa définition est difficile à appréhender aujourd'hui et a dû s'adapter.

1. Aspect anthropologique

L'anthropologie met en avant les processus sociaux de la parentalité dans les différentes sociétés. Elle distingue la parenté de la parentalité, chaque société pouvant avoir un système de parenté qui lui est propre et reconnaissant un statut et des fonctions de parent différents (par exemple, le rôle social du père tenu par le frère de la mère plutôt que par son mari) (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

Le système de parenté définit socialement les fonctions et rôles parentaux.

Selon les sociétés, il existe des normes relatives à la parentalité qui dépendent du contexte historique et social. Les interactions et comportements des parents sont culturellement déterminés (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013). En Occident, les fonctions de la parentalité sont principalement prises en charge par les parents géniteurs et adoptifs mais peuvent aussi être partagées avec les grands-parents, beaux-parents, familles d'accueil, ... (Houzelle et coll., 2013).

2. Aspect psychologique

En psychologie, la notion de parentalité était initialement utilisée pour traduire un mécanisme psychique de préparation à l'arrivée d'un enfant, vécu par les parents. Ce mécanisme englobe tous les aspects affectifs, les espoirs, les représentations et les comportements des parents vis-à-vis de leur enfant, qu'il soit né ou non (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé 2013). Bouregba en 2004 l'exprime comme l'ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale (Lamboy, 2009).

La parentalité peut aussi exprimer un besoin, celui de l'être humain de se reproduire, de prendre en charge et de transmettre, ce qui peut se traduire par le désir d'avoir un enfant. La parentalité est alors un processus de passage d'un statut à un autre, de passage à l'âge adulte. Mais en psychologie, la parentalité n'est pas seulement envisagée comme un stade de maturation mais comprend également un apport de pratiques parentales dans les tâches et soins apportés à l'enfant (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

La parentalité d'un point de vue psychanalytique correspond à « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique » (Lamour et Barraco, 1998). D'après Sellenet en 2007, il 'agit d'un processus qui se prépare depuis l'enfant, activé à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques et actualisé lors de la naissance des enfants. Dans le domaine de la psychiatrie et de la psychanalytique, ce sont plutôt les échecs de la parentalité et les problèmes associés qui sont étudiés (Lamboy, 2009). Le nonaccès à la parentalité est

interprété comme une incapacité psychique à procréer selon Poussin en 1993 et sera considéré comme un échec dans le développement psycho-affectif, la parentalité étant représentée comme un besoin quasi inscrit dans le développement, et ce depuis l'enfance (cette vision est aujourd'hui un peu dépassée dans une société où il est accepté que les parents peuvent ne pas vouloir d'enfants). Elle marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. C'est ainsi que s'est développé une clinique de la parentalité (Lamboy, 2009).

3. Aspect sociologique

Le domaine de la sociologie va s'intéresser à la diversité des formes familiales. La sociologie va se rapprocher de la traduction littérale de « *parenthood* » : conditions de parent(s), où la parentalité est représentée par un ensemble de fonctions sociales. Le terme parentalité aurait fait son apparition dans le champ de la sociologie par l'apport dérivé d'un mot anglais, « *parental* », qui visait à qualifier les nouvelles formes de structures familiales, plus particulièrement par le terme de monoparentalité (Lamboy, 2009).

Depuis les années 1980, la définition du « bon parent » a fortement évolué. Les formes familiales se sont multipliées et un discours d'inquiétude est apparu, remettant en cause la capacité de certaines familles à créer un lien social qu'une famille dite « traditionnelle ».

Ainsi dans ce contexte, le couple conjugal va se distinguer du couple parental. Dans l'époque actuelle le nombre de divorces augmente et le mariage n'apparaît plus comme une forme d'union incassable mais comme un contrat qui peut se rompre. Aujourd'hui une relation de couple ne tient plus d'une obligation mais d'un choix personnel alors que le lien enfant-parent reste sacré et indestructible. La séparation du couple n'entraîne pas forcément la rupture du lien parental (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

La sociologie a mis en avant la complexité des fonctions parentales. Ainsi, il est devenu nécessaire de distinguer les géniteurs et les parents de l'enfant, la parentalité biologique et la parentalité sociale. La parentalité peut prendre n'importe quelle forme : homoparentalité, pluriparentalité (ou multiparentalité), parentalité

adoptive, parentalité d'accueil, beau-parentalité, grand-parentalité, ... (Lambooy, 2009).

De plus, à l'heure où l'émancipation féminine est au cœur des revendications, il est important de souligner l'évolution du rôle des femmes avec un changement des rapports de genre et des rôles parentaux (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013). La multiplication des définitions de parentalité montre une volonté de prendre en compte la place que les différents adultes sont à même de prendre auprès de l'enfant.

4. Aspect juridique

Les mutations familiales se sont inscrites progressivement dans l'histoire du droit des familles avec une accélération notable depuis ces 40 dernières années avec la vitesse d'évolution des formes familiales. Seule la parenté était reconnue aux yeux de la loi.

Le code Napoléon impose la puissance paternelle et un rôle parental inégalitaire dans le couple jusqu'à la loi de 1970 qui introduit l'autorité parentale partagée pour les couples unis. La coparentalité pour les couples divorcés est reconnue en 1987, pour permettre aux deux parents séparés de rester en relation avec leurs enfants. Pour les couples non mariés vivant ensemble, séparés ou en union libre, la coparentalité doit faire l'objet d'une demande à un juge jusqu'à la loi de 1993. Cette loi porte la coparentalité comme principe de base pour tous les types de couples (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale 2017, Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013). C'est en 1999 que le pacte civil de solidarité (PACS) a été créé permettant aux couples, y compris de même sexe, de s'unir (Houzelle et coll., 2013).

Il faudra attendre la loi de 2002 pour que le principe de coparentalité soit vraiment reconnu grâce la reconnaissance de la résidence alternée.

Depuis, en 2013, une loi permet le mariage des couples de même sexe et ouvre une nouvelle évolution de la coparentalité. Cependant, le droit peine à se défaire d'une vision « traditionnelle » de la famille et de la relation parent-enfant. Toutes les formes de parentalité existantes aujourd'hui ne sont pas encore reconnues par le droit

(comme l'homoparentalité ou le rôle des beaux-parents). Ce flou juridique persiste malgré une présence de plus en plus forte de la notion de parentalité dans la vie publique et les politiques et révèle un besoin que le droit devra combler dans un futur proche (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

5. Aspect politique

Dans le domaine de l'action politique et sociale, la parentalité est associée à la fonction parentale en y incluant les responsabilités juridiques, morales et éducatives. La parentalité s'inscrit alors dans une logique d'interventions dont l'objectif est de soutenir les familles et protéger l'intérêt des enfants. La parentalité n'est pas représentée comme infaillible, les parents peuvent commettre des erreurs et ont besoin d'être soutenus (Lambooy, 2009).

La France a fondé l'exercice moderne de sa force publique en direction des parents au travers de politiques de compensation financière (allocations familiales) et de soutien sanitaire (Protection Maternelle et Infantile, PMI). Depuis les années 1990, on a pu observer une extension de la juridiction des institutions publiques vers le champ du soutien à la fonction parentale. Ce soutien est promu par des acteurs variés : protection de l'enfance, santé publique, politiques éducatives, familiales et de lutte contre la délinquance juvénile (Delawarde et Coll., 2016).

Plusieurs dispositifs ont été initiés par l'État afin de soutenir les parents en difficulté, pour contribuer au bien-être et au bon développement de l'enfant. Ces dispositifs s'inscrivent dans la lignée des recommandations de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (Organisation des Nations Unies, 1989) qui placent le parent en situation de responsabilité face au développement de son enfant. Un tournant a eu lieu au cours des années 1990-2000 marqué par un nouvel investissement de l'Etat autour de la responsabilisation parentale, dans une approche plus compréhensive socialement que sécuritaire et responsabilisante. On peut noter la formalisation en 1996 des Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP), la mise en place en 1999 des Réseaux d'Ecoute, d'Appui et D'accompagnement des Parents (REAAP) (Delawarde et Coll., 2016) et plus récemment, en 2006, des politiques du Conseil de l'Europe visant à soutenir une parentalité dite « positive ».

6. En conclusion

L'adjectif « parental » a été utilisé bien avant que le terme de parentalité n'apparaisse et la parentalité est apparue quand il a été nécessaire d'attribuer une autorité commune au père et à la mère sur l'enfant d'un point de vue juridique.

La notion de famille a depuis subi de nombreux changements, elle ne désigne plus seulement un couple conjugal (foyer monoparental, famille recomposée, procréation médicalement assistée, évolutions juridiques, ...). Il est ainsi devenu nécessaire de distinguer les géniteurs et les parents de l'enfant (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

Selon E.Vérité (2003) : « la diversité des formes actuelles de familles ne permet pas d'en donner une définition précise. L'étroitesse des liens, l'intérêt que le parent porte à l'enfant et la stabilité temporelle des relations considérées apparaissent comme des éléments de définition pertinents, les liens biologiques ou légaux n'étant pas des critères suffisants pour définir la famille ».

La parentalité désigne donc de façon très large la fonction « d'être parent », cela n'englobe pas seulement les géniteurs biologiques de l'enfant, mais également tout adulte ayant la responsabilité d'élever un enfant (grands-parents, beau-père, famille d'accueil, ...). Cette responsabilité va entraîner des devoirs envers l'enfant et des enjeux pour les parents (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, 2017).

En 1993, Didier Houzel à la tête d'un groupe de professionnels de sociologie, psychologie et anthropologie est chargé par le ministère de l'emploi et de la solidarité de rédiger un rapport sur les enjeux de la parentalité. Il définit celle-ci selon 3 axes :

- L'exercice de la parentalité englobe tous les droits et devoirs d'un parent (distinct d'un géniteur) envers un enfant. On peut exercer la parentalité, c'est-à-dire offrir à un enfant ce qui a trait aux devoirs des parents, sans pour autant être reconnu dans la filiation de cet enfant.
- L'expérience subjective de la parentalité est l'axe de la dimension psychique. C'est l'expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parent et de remplir des rôles parentaux. Il questionne le

processus maturatif et les principes en jeu lorsque l'on devient parent et prend en compte la dimension affective et sentimentale de la parentalité.

- La pratique de la parentalité relève des tâches et soins quotidiens apportés à un enfant par un parent ou un autre adulte en situation parentale. La pratique de la parentalité est ancrée dans un contexte culturel qui va l'orienter et la normaliser (Houzel, 1996).

Finalement, à partir de ces trois axes, Catherine Sellenet, dans « La parentalité décrite » en 2007, propose la définition suivante : la parentalité désigne l'ensemble des droits et devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie.

D'après le Professeur Didier Houzel : « le « bon parent », ou plutôt, pour reprendre l'expression de Winnicott, « le parent suffisamment bon », ne serait donc pas celui qui sait d'emblée, ou qui croit savoir, mais celui ou celle qui est capable de se remettre en question, de s'interroger sur les interactions entre lui ou elle et son enfant, et de corriger le cas échéant sa façon de répondre à l'enfant. » (Société française de santé publique, 2016).

C'est à partir de ces définitions et de ces enjeux que des actions d'accompagnement à la parentalité vont pouvoir s'articuler pour soutenir les parents et renforcer leur sentiment de compétence parentale.

2. Accompagnement à la parentalité

Être parent pourrait apparaître comme une chose naturelle mais nous avons vu que la fonction « d'être parent » est complexe et diffère selon le point de vue employé. Même si cette fonction est libre voire privée car ne relevant que de la responsabilité des parents, ceux-ci peuvent avoir besoin à un moment donné d'un accompagnement (Houzel et Coll., 2013). Le soutien à la parentalité est considéré comme toute forme d'aide ou d'intervention, émanant des pouvoirs publics et des associations mandatées, visant à accompagner/aider les parents à éduquer leurs

enfants et à subvenir à l'ensemble de leurs besoins éducatifs, affectifs, scolaires, culturels, sociaux et sanitaires (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale 2017).

L'accompagnement à la parentalité aboutit idéalement à un cercle vertueux où les enfants reçoivent l'appui de leurs parents pour grandir dans de bonnes conditions et les adultes sont eux-mêmes soutenus dans leurs responsabilités envers l'enfant (Houzelle et Coll., 2013).

Des actions d'accompagnement à la parentalité sont ainsi développées pour répondre aux besoins des familles.

Les actions d'accompagnement à la parentalité sont variables mais trois principes fondamentaux persistent :

- Elles sont à destination des parents
- Leur objectif principal est l'amélioration du bien-être des enfants et/ou des parents
- Elles visent à améliorer les compétences parentales

L'accompagnement à la parentalité prend place par des échanges entre parents et professionnels dans tous les domaines pour appuyer leurs compétences parentales et orienter les familles vers les services appropriés à leurs besoins (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

Selon Houzelle et Coll., en 2013, plusieurs approches sont possibles :

- Une approche contraignante qui passe par une surveillance voire des sanctions (ou menaces de sanctions) si le parent ne se conforme pas à ses devoirs envers son enfant. Les mesures sont répressives et sanctionnent les parents considérés comme défaillants. Les sanctions peuvent par exemple être la suspension, la suppression voire la mise sous tutelle des prestations familiales (Lamboy, 2009). Cette approche peut se révéler nécessaire dans certaines situations familiales, surtout si elle met en jeu la protection de l'enfant, mais cette approche part d'une base négative, où les fonctions parentales sont remises en causes et forcées. Les interventions dans ce cadre se fondent sur l'idée d'une carence parentale. Ici le professionnel n'a pas un rôle d'accompagnateur mais plutôt disciplinaire et aucune relation de

confiance ne peut s'instaurer dans ce contexte. Cette approche ne peut s'appliquer dans la promotion de la santé.

- L'approche compensatoire vient contrebalancer les effets négatifs de l'approche contraignante. Très utilisées pour les interventions sociales ou les professionnels pour réduire les inégalités sociales et scolaires. Les difficultés parentales sont identifiées afin de les prévenir ou de les compenser, en s'alliant aux parents. Cette approche est très utilisée en France dans des programmes de réduction des inégalités, comme le programme de réussite éducative (PRE).
- L'approche qualifiante quant à elle préfère mettre en avant les compétences que les parents possèdent, qu'elles soient utilisées ou non, afin de légitimer leurs qualifications en tant que parent. On préfère porter l'attention sur les qualités des parents plutôt que leurs manquements. Le fait de demander un accompagnement devient moins péjoratif aux yeux des familles, qui ne se sentent pas moins qualifiées en tant que parents suite à ce besoin.
- L'approche participative de l'accompagnement aux parents est judicieuse car elle permet d'impliquer les parents. Il s'agit d'une coopération entre parents et professionnels installée dans une relation de confiance et de partenariat. Les parents participent activement à l'amélioration de leurs compétences et ne sont pas juste de simples spectateurs. L'impact de ces actions en est renforcé car la volonté vient des parents et assure une motivation pérenne dans le temps. Ici les professionnels ne sont plus placés en juge mais en co-acteurs et véritables accompagnateurs dans l'exercice de la parentalité.

L'approche participative permet de mutualiser des savoirs, savoir-faire et savoir-être entre parents ainsi qu'entre parents et professionnels. Elle permet de mettre en avant des attitudes d'entraide auxquelles les parents ont spontanément recours quand par exemple ils se regroupent à la sortie de l'école et partagent leurs ressentis, cherchent du réconfort avec des personnes partageant la même situation et se donnent mutuellement des conseils.

La participation permet également aux parents de développer leurs ressources personnelles, par exemples leurs capacité à communiquer, le sentiment de compétence, d'estime de soi. Elle leur donne le sentiment d'être importantes, bénéfiques et appréciées. C'est sur ce principe de participation active que repose l'*empowerment*. C'est un processus où des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi y est renforcée, leur sens critique et ainsi leur capacité de prise de décision y sont améliorés. Ce renforcement positif permettra de garantir aux parents l'assurance dont ils ont besoin pour réaliser leurs devoirs sur le long terme (Houzelle et coll., 2013 ; Terrice et coll., 2008).

Le soutien à la parentalité peut être vu selon différentes perspectives et les modalités d'intervention qui en découlent en sont tout autant diversifiées. Ces différentes approches se côtoient mais ne s'excluent pas toujours. Toutefois, dans le domaine de la promotion de la santé, l'approche participative se révèle particulièrement bénéfique, permettant une participation active de la part les parents dans l'amélioration de leurs compétences.

Les bénéfices de l'implication des parents, de quelque manière que ce soit (information, participation à l'élaboration du projet, co-intervention ponctuelle ou continue, contribution à l'évaluation, etc.), sont multiples. On peut toutefois retenir que l'action menée, surtout lorsqu'elle relève de la compétence quasi exclusive de professionnels, ne se réalise pas par défaut présumé d'engagement parental mais par délégation, donc par la confiance accordée aux professionnels auxquels l'enfant est confié. L'enfant se trouve donc au centre d'une attention partagée, concertée et régulée autant que possible.

Pour Houzelle et coll., un accompagnement émancipateur suppose de :

- Reconnaître chez les adultes en position parentale une expertise acquise à partir de l'expérience de tous les jours avec l'enfant et leurs groupes d'appartenance
- Reconnaître leurs forces, plutôt que leurs faiblesses, et miser sur l'actualisation des forces pour renforcer le sentiment de compétence et la confiance en soi en tant que parent

- Mobiliser et développer leurs ressources pour favoriser leur pouvoir d’agir en tant que premiers éducateurs de l’enfant
- Les aider à exploiter les ressources humaines et matérielles à leur disposition pour faire face
- Encourager leur autonomie (l’accompagnement se veut émancipateur) en évitant que s’instaurent des dépendances aux professionnels (disqualifiantes d’une certaine manière)
- Favoriser la collaboration plutôt que le contrôle

Instaurer un partenariat avec un adulte en position parentale va permettre de provoquer une réaction en chaîne : en participant, celui-ci développe un sentiment de confiance qui l’encourage à être plus proactif et initier lui-même les échanges avec les professionnels. En agissant, il croit davantage en ses propres compétences parentales et prend conscience des avantages en termes de réussite de confier une partie de la responsabilité à d’autres personnes. Ce cercle vertueux contribue au maintien de son engagement dans cette dynamique (Houzelle et coll., 2013 ; Pesce et coll., 2016).

3. Accompagnement à la parentalité et santé

L’état de santé d’une personne se détermine par des interactions de plusieurs facteurs d’ordre socio-économique, en interdépendance avec l’environnement physique et le comportement individuel et pas seulement des déterminants liés au système de soins, ce sont les déterminants de la santé (INPES, 2012). Ce sont un ensemble de facteurs personnels, sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui vont influencer sur la santé des individus ou des populations. Certains sont considérés comme facteurs de protection et d’autre à risque mais tous ne sont pas indépendants les uns des autres. Ils s’accumulent et s’enchaînent au cours de la vie (INPES 2012). La période de l’enfance est donc très importante de ce point de vue, l’influence des premières années étant essentielle sur la santé de l’adulte à venir et difficilement réversible.

Selon Lang et Ulrich en 2017, les déterminants de santé sont multiples et sont répartis selon trois grandes familles qui répondraient à des interventions de nature différente :

- Les déterminants socio-économiques (l'éducation, accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières)
- Les comportements de santé (consommation de tabac et d'alcool, nutrition...) qui ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais dépendent aussi de la catégorie sociale
- Le système de soins et de prévention médicalisée.

Intervenir sur les déterminants de santé des enfants et des adultes est une part importante dans l'accompagnement à la parentalité dans un but de promotion de la santé. Accompagner la parentalité dans cette perspective ne peut pas se restreindre à des actions ne ciblant que les personnes en position parentales et/ou l'enfant. Promouvoir une parentalité positive relève d'une responsabilité partagée pour développer des pratiques respectueuses envers toutes les personnes impliquées, que ce soit l'enfant mais aussi les familles et les professionnels de santé (Houzelle et coll., 2013).

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Il s'agit de :

- Créer les conditions favorables au développement d'une santé physique, mentale et sociale suffisamment bonne pour qu'une personne ou un groupe de personnes s'adapte et se réalise, en fonction de ses propres besoins et ambitions, dans un environnement qui évolue sans cesse
- Renforcer le pouvoir de cette personne ou de ce groupe en matière d'action et de contrôle sûr pour sa santé, ainsi que celui de ses groupes d'appartenance (ou communautés)
- Rendre les personnes ou les groupes de personnes capables de faire face à tous les défis qu'elles rencontreront tout au long de leur vie, en tenant compte du contexte dans lequel elles vivent.

La Charte d'Ottawa rappelle cependant les conditions indispensables et les ressources préalables à toute action de santé : « L'individu doit pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Toutefois, le contexte mondial de la promotion de la santé a sensiblement évolué depuis l'élaboration de la Charte d'Ottawa. Certains facteurs décisifs ont désormais une incidence sur la santé :

- Les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux
- Les nouveaux modes de consommation et de communication
- La commercialisation
- Les changements environnementaux mondiaux
- L'urbanisation

La Charte de Bangkok vient apporter les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé à l'heure de la mondialisation. Celle-ci permet de nouvelles possibilités de coopération en vue d'améliorer la santé et de réduire les risques sanitaires transnationaux pour la santé :

- amélioration des technologies de l'information et de la communication
- amélioration des mécanismes de gouvernance mondiale et de mise en commun des expériences

Selon la Charte de Bangkok, une approche intégrée au niveau des politiques générales au sein des organisations gouvernementales et internationales, ainsi que la volonté de collaborer avec la société civile et le secteur privé et avec tous les milieux, sont indispensables si l'on veut progresser et agir sur les déterminants de la santé. En ce sens, elle présente quatre principaux engagements qui consistent à :

- Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement
- Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public

- Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile
- Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.

Houzelle et coll., en se basant sur les principes de la Charte d'Ottawa, présentent trois stratégies fondamentales en matière de promotion de la santé : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoyer), conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé (facilitation), servir de médiateurs entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (médiation) (Houzelle et coll., 2013). Ces stratégies seront déclinées en cinq axes d'intervention d'un point de vue d'accompagnement à la parentalité :

- Élaborer des politiques pour la santé des parents et des enfants
- Créer des milieux de vie favorables pour eux
- Renforcer l'action communautaire en faveur des parents et enfants
- Développer et renforcer les compétences parentales
- Réorienter les services d'accueil et d'accompagnement des parents.

Une action globale de promotion de la santé s'associera dans l'idéal à ces cinq axes. Des actions d'accompagnement à la parentalité dans le cadre de la santé bucco-dentaire ne pourra pas systématiquement inclure ces cinq axes, cependant plusieurs actions de promotion de la santé additionnées sur le territoire peuvent approcher cet idéal. Les recommandations européennes s'expriment en cette faveur pour favoriser le bien-être de l'enfant : le Comité des ministres du Conseil de l'Europe recommande aux gouvernements des États membres de « reconnaître le caractère essentiel des familles et de la fonction parentale, de créer les conditions à une parentalité positive qui tienne compte des droits et de l'intérêt supérieur de l'enfant ». Ainsi, c'est en lien avec les acteurs économiques et sociaux, ainsi qu'avec la société civile que les pouvoirs publics peuvent améliorer la qualité de vie des familles via des actions de soutien à la parentalité privilégiant une approche transversale et coordonnée.

En France, depuis le début des années 1980, la gestion des politiques publiques a été confiée aux échelons locaux (communes, communautés de communes, départements) et régionaux. La création des ARS (Agence Régionales de Santé)

récemment témoigne de la place grandissante de la dimension régionale des politiques de santé publique de l'Etat et de l'assurance maladie afin de renforcer l'efficacité collective. De nombreux acteurs sont alors susceptibles d'intervenir dans les politiques liées à la parentalité : État, Assurance maladie (surtout la branche famille), Éducation nationale, Acsé (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), Mutualité sociale agricole (MSA), régions, départements, municipalités, associations, ... (Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013).

4. Exemples de programmes de soutien à la parentalité à l'international

- *Strengthening Families Program*

Strengthening Family Program (SFP) ou programme d'acquisition et de renforcement de compétences familiales est un programme américain de soutien à la parentalité standardisé et fondé sur des données probantes (« *evidence based program* »), opérationnel dans 35 pays. Il a été créé dans les années 1980 par Karol Kumpfer, psychologue et professeure en éducation et promotion de la santé dans l'Utah. 9 pays européens ont déjà réussi à l'adapter sur leur territoire. Ce programme vise à renforcer les facteurs de protection propres à la famille. Il se compose d'exercices pour améliorer la communication, la confiance, les aptitudes à résoudre les problèmes et régler les conflits. SFP est un programme qui a été scientifiquement évalué et recommandés par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) et le Registre National des programmes et Pratiques fondés sur des données probantes (NREPP). Une revue Cochrane a identifié SFP comme une intervention efficace sur le long terme pour l'abus d'alcool chez les jeunes (Roehrig et Pradier, 2017).

SFP se présente sous forme d'interventions structurées, interactives avec une dizaine de familles volontaires en 14 sessions de deux heures (1 atelier/semaine). Il comporte trois volets d'interventions : parents, enfants, familles. Parents et enfants sont séparés pendant la première heure, puis se retrouvent en famille pendant la seconde. Le programme s'articule autour de trois objectifs :

- Objectif du volet parent : pour renforcer les compétences parentales, accroître leur sentiment d'efficacité parentale et leur estime de soi (apporter davantage

d'attention positive à l'enfant, mieux communiquer, prévenir et réguler les conflits, ...)

- Objectif du volet enfant : développer les compétences psychosociales (communiquer, gérer sa colère, résoudre les problèmes, capacité à dire non, ...)
- Objectif du volet famille : renforcer le lien familial (avec des activités communes qui mettent en pratique les compétences apprises plus tôt).

La participation des familles à ce programme se fait sur la base du volontariat. Il se veut incitatif et participatif, les ateliers se déroulent toujours selon les mêmes modalités : explications et questionnements, jeux de rôles. Les familles sont invitées à répéter certains de ces ateliers à la maison. Afin de maintenir les familles dans le programme, elles sont accueillies avec un goûter pris en commun et un système de garde des enfants plus jeunes est offert sur place. Le programme se déroule dans une ambiance qui se veut chaleureuse et accueillante (Roehrig et Pradier, 2017).

Ce programme a été adapté et testé en France dans la commune de Mouans-Sartoux dans les Alpes-Maritimes, en conservant la forme théorique et conceptuelle du programme : durée du programme et sa structure en 14 sessions, ses objectifs, animation des ateliers par des animateurs expérimentés et chaleureux, incitation à l'assiduité (gratuité, garde des enfants plus petits, transport...). 13 familles se sont inscrites avec au final 12 familles ayant bénéficié de l'ensemble du programme, avec des résultats positifs en termes d'assiduité et d'efficacité immédiate (Roehrig et Pradier, 2017).

Les adaptations ont été peu nombreuses sur le contenu du programme, il s'agissait plus d'adaptations du vocabulaire et d'exemples de situations, renoncement aux « récompenses » pour faire venir et maintenir les familles, modification des séquences jugées trop inquisitrices. L'adaptation culturelle en France a surtout porté sur l'amplitude et la densification de la formation des animateurs du programme, la France restant encore inexpérimentée face à ces programmes standardisés. De plus, les questions sur l'ethnie et les condamnations ont été supprimées.

Cette expérience réussie a permis de montrer qu'il est possible d'implanter en France des programmes standardisés, à condition de les adapter à la culture et au contexte local.

SFP a pour objectif d'aider les parents à ouvrir l'éventail de leurs pratiques pour une meilleure confiance en eux en tant que parents. Ce programme n'a pas pour but d'approfondir les raisons psychologiques des dysfonctions familiales. Il entre dans le domaine de la promotion de la santé en agissant sur les facteurs de protection individuels ou familiaux afin d'accroître la santé mentale positive.

En conclusion, la force du programme SFP est qu'il s'adresse à tous les parents, tous se posent des questions sur l'éducation de leurs enfants quels que soient leur milieu d'origine ou leur culture. De plus SFP est un programme pour les parents mais aussi pour les enfants, il s'accorde à la prévention universelle. La constitution de groupes mixtes, où le niveau de difficulté varie entre les familles, est un élément supplémentaire d'attractivité de ce programme.

- *Nurturing Parenting Programs aux États-Unis*

Les *Nurturing Parenting Programs* sont des programmes cherchant à prévenir ou agir sur les mauvais traitements ou abus que peuvent infliger les parents à leur(s) enfant(s). C'est un programme fondé sur les preuves mis en œuvre sur une période de trois ans aux États-Unis pour prévenir la récurrence de mauvais traitements sur les enfants de 5 à 12 ans. La réussite de ce programme (chez 93% des familles participantes aucune récurrence des violences n'a été observée) a permis de l'étendre à plusieurs états américains.

Ces programmes sont formés d'activités pour encourager les compétences parentales « positives » et pour promouvoir le bon développement cérébral des enfants de moins de 18 ans. À l'aide de guides, de manuels et de vidéos, des « facilitateurs » offrent des apprentissages individuels ou à des groupes de parents. Des stages concentrés sur quelques jours sont également proposés aux familles. Les parents et enfants sont amenés séparément à développer les mêmes compétences : améliorer la confiance en soi, l'empathie, prendre conscience de ses besoins et de ceux des autres, améliorer la communication, trouver des alternatives aux violences, ... Ce programme s'adapte également à l'origine culturelle et sociale des familles (hispaniques, afro-américaines, parents adolescents...) (Hamel et Lemoine, 2012).

- Triple P: Positive Parenting Program

Le programme triple P pour « *Positive Parenting Program* », traduit par le programme de pratiques parentales positives est un système d'interventions parentales également fondé sur les preuves (*evidence based*) qui a été développé en Australie il y a trente ans. Il a été mis en œuvre depuis dans plusieurs pays (Allemagne, Belgique, Canada, États-Unis, Pays-Bas, Nouvelle Zélande, Royaume-Uni, Suisse...). Il vise à améliorer les compétences des parents, leurs connaissances et la confiance en leurs capacités, afin de favoriser le bon développement des enfants de 0 à 16 ans (Triple P, 2018).

Prévu pour renforcer les compétences parentales afin que les parents puissent élever leurs enfants en bonne santé et heureux, il diffère cependant des autres programmes de soutien à la parentalité par son côté flexible. Ce programme s'adresse à toutes les familles et s'adapte au besoin des parents en combinant différentes approches et modes d'interventions. Il est ouvert à tous mais selon un mode d'accès « en cascade » : il s'articule en programmes d'intensité croissante de la petite enfance jusqu'à l'adolescence, avec cinq niveaux d'intervention représentant la complexité et de sévérité croissante selon le besoin des parents. A partir d'un accès universel, des interventions plus spécifiques et intensives sont proposées aux parents qui font face à des difficultés particulières (Hartig, 2015).

Le programme contient cinq niveaux d'intervention (Venkataraghavan et coll., 2016) :

- Le premier s'adresse à toute la population en général, il offre des informations sur la parentalité positive par le biais de plusieurs médias (sites internet, radios locales, journaux, lettres d'information dans les écoles, envoi de prospectus aux familles)
- Les niveaux 2 et 3 fournissent des informations sur des problèmes dits « normaux » que les parents peuvent rencontrer dans l'éducation de leur enfant grâce à des consultations individuelles ponctuelles et de séminaires.
- Le niveau 4 va également utiliser la méthode d'interventions individuelles et de groupes pour aider les parents d'enfants chez qui des problèmes plus importants ont été détectés. Il peut s'agir de consultations ponctuelles ou d'un suivi sur le long terme.

- Le niveau 5 propose des interventions supplémentaires pour certains parents pour par exemple apprendre à gérer le stress, à communiquer avec son conjoint, gérer ses propres émotions ...

Plusieurs travaux de recherches tendent à démontrer l'efficacité de ce programme pour réduire les problèmes comportementaux et émotionnels chez les enfants et font de ce programme un des plus reconnu au niveau mondial (Triple P, 2018).

- Le programme australien *Under Pressure*

Under Pressure est un programme australien de soutien à domicile fondé sur la preuve, et créé par des universitaires. Il s'adresse aux familles qui rencontrent des difficultés diverses influant sur leur rôle de parent (parents avec des problèmes de dépendance aux drogues, avec des troubles mentaux, qui souffrent de difficultés matérielles ou conflits familiaux...) L'objectif est d'aider ces familles à développer des relations positives et stables avec leur enfant.

Ce programme est très individualisé et personnalisé. Il se réalise au domicile des parents. Une « thérapeute » adapte le programme aux besoins de la famille à partir d'un manuel donné aux parents. Douze modules sont ainsi explorés par le thérapeute : identifier des priorités et des objectifs, gérer ses émotions sous la pression, être attentif à la santé de l'enfant, créer des liens avec l'enfant, faire face aux comportements difficiles de l'enfant, gérer des problèmes d'addictions, ... En complément de l'aide à domicile, des rencontres en groupes sont proposées.

Les thérapeutes qui n'ont pas besoin d'expérience ou de formations préalables sont formés par les responsables du programme et obtiennent une accréditation (pour un coût de 3000 dollars australiens). Les familles participantes sont souvent référées par les services sociaux ou de protection de l'enfance, ou encore par des services de santé qui offrent des programmes de traitement de la dépendance aux drogues (Hamel et Lemoine, 2012).

- Le programme Entre-parents en Suisse

En Suisse, le programme Entre-parents est offert dans plusieurs cantons pendant 8 semaines, avec une rencontre par semaine. L'objectif est de soutenir les compétences éducatives des parents ou d'adultes qui ont la charge d'enfants de moins de trois ans.

Chaque atelier aborde un thème particulier (obéissance, sommeil, estime de soi, école...) et est animé par des personnes formées. Pendant deux heures, les parents sont invités à participer avec des discussions spontanées, le partage d'expériences et les contributions des participants qui accompagnent les questions et suggestions des animateurs. Le but est avant tout de permettre l'échange et non de prescrire une manière d'élever les enfants (Hamel et Lemoine 2012).

- Parents Helpline en Irlande du Nord

En Irlande du Nord, un service d'écoute téléphonique appelé *Parents Helpline* a été créé pour permettre aux parents qui en ont besoin un soutien ou une écoute de manière confidentielle et gratuite. Ce programme est géré par une organisation caritative (*Parenting NL*) et fonctionne grâce à des volontaires formés et supervisés qui sont eux-mêmes parents ou qui travaillent avec les enfants. Un suivi téléphonique peut même être proposé aux parents.

Les intervenants peuvent également ensuite référer les parents vers des programmes de soutien parental développé par l'association et offerts dans des *Parents Advice Centers* (Centres de conseil aux parents). L'association a également mis en place un forum où les parents et différents spécialistes peuvent se rencontrer pour faire la promotion de bonnes pratiques parentales mais aussi influencer sur les politiques publiques à destination des parents et faire entendre leurs préoccupations et leurs besoins (Hamel et Lemoine, 2012).

- Le comité régional pour la promotion de la paternité au Québec

Dans la région de Lanaudière au Québec, un Comité régional pour la promotion de la paternité a été créé en 2002. Il se compose principalement d'intervenants du réseau de la santé, du réseau scolaire et du milieu communautaire. Il possède plusieurs objectifs dont le principal est de soutenir et d'encourager les initiatives locales pour la valorisation du rôle de père par exemple grâce au rôle des services de garde ou

d'éducation, à la mise en place d'activités père-enfant, de cours prénataux pour les pères, d'aides pour les pères divorcés, ... Il favorise également la concertation d'intervenants susceptibles de joindre les pères ou encore de promouvoir l'importance de la paternité dans le développement de l'enfant dans les communautés. Ce programme tente d'impliquer davantage les organisations locales pour mieux joindre les pères (Hamel et Lemoine, 2012).

5. Exemples de programmes de soutien à la parentalité en France

En France, les programmes de soutien à la parentalité standardisés ne sont pas encore très répandus.

On retrouve plutôt des collectivités qui agissent localement pour aider les parents. Voici quelques exemples :

- À Nantes :

Les amis de mon jardin : une action de santé communautaire en éducation pour la santé

De 2007 à 2011, des acteurs locaux de la ville de Nantes ont mis en place des actions de prévention renforçant les compétences psychosociales des jeunes enfants à partir de diagnostic partagé sur des addictions par les professionnels du quartier (Réseau français des Villes santé de l'OMS 2013).

Cette action s'inspire d'une expérience lilloise (Les amis de mon jardin, 2018) ayant comme support des contes où des légumes sont aux prises avec leur histoire personnelle et la réalité sociale. Cela pour permettre aux enfants de travailler leur estime de soi et le respect des autres par l'appréhension de leurs différences. Les objectifs étaient :

- De renforcer les compétences psychosociales des enfants de 5 à 7 ans en impliquant leurs parents et en s'inscrivant dans une démarche communautaire à l'échelle d'un quartier
- De renforcer le dialogue parents-enfants-professionnels en initiant de nouvelles collaborations et en assurant une continuité du programme.

Une évaluation en 2012 a permis d'exprimer une satisfaction globale des enfants, parents et professionnels qui a contribué à renforcer les compétences des enfants.

- À Nancy :

Dispositif Arc-en-ciel

Ce service propose un système de garde d'enfant(s) au domicile de personnes travaillant en horaires décalés. Des étudiants en filière sanitaire et sociale employés par le CCAS se rendent au domicile des familles afin d'assurer le relai avant l'ouverture ou après la fermeture des structures d'accueil traditionnelles (crèches, écoles...). L'accueil des enfants de 3 mois à 10 ans a lieu de 5 heures à 8h30 le matin et de 18h30 à minuit le soir (Réseau français des Villes santé de l'OMS, 2013).

L'objectif est de permettre le maintien ou retour à l'emploi de parents travaillant en horaires décalés en leur offrant un service de garde à domicile (CCAS, 2016).

• À Nancy toujours :

Être parent

La MJC Lorraine collabore depuis 5 ans avec le Dispositif de Réussite Éducative de Laxou afin que les parents qui se sentent démunis face à certains problèmes, et qui parfois n'osent ou ne savent pas formuler leurs demandes, puissent obtenir des réponses à l'aide d'une série vidéo.

Les objectifs sont :

- De permettre aux familles d'obtenir des points de repères face à des questions complexes et primordiales, de susciter un questionnement, d'obtenir des clés, des pistes, pour favoriser l'équilibre de la famille et mieux comprendre son ou ses enfants.
- De créer des outils modernes au service des structures qui œuvrent dans le champ de la parentalité. Utilisés par des professionnels, ces sujets vidéos doivent permettre d'ouvrir des débats, susciter du dialogue, libérer la parole...

Chaque film, de format court, répond à une interrogation simple. La démarche de réalisation mise en œuvre laisse une grande part aux parents. Ces films peuvent être diffusés par des professionnels de la fonction parentale comme outil d'intervention sociale auprès des familles. Ils sont également disponibles sur internet, sur une plateforme dédiée et à disposition d'un public.

La série est en cours de réalisation et les vidéos sont disponibles au fur et à mesure de leur production (être parent, 2014).

- À Angers :

Action de soutien aux apprentissages scolaires « Coup de pouce clé »

Cette action menée depuis 1999 s'adresse aux enfants de CP présentant des fragilités en lecture et écriture. Le professeur sélectionne 5 enfants de la même classe qui bénéficieront d'un accompagnement d'une heure et demie chaque soir après la classe de décembre à juin. Les parents sont des partenaires essentiels. Un entretien a lieu au préalable avec les enseignants pour les sensibiliser aux enjeux de la réussite en lecture et les rassurer vis-à-vis de leurs capacités à aider leur enfant. De plus un coordinateur soutient l'animateur de l'action et veille à l'implication des parents à chaque étape. Au-delà de l'action bénéfique sur leur apprentissage, cette action a permis de faciliter les relations parents-enfants (Réseau français des Villes santé de l'OMS, 2013).

- À Valence :

La semaine des familles

Il s'agit d'une action organisée pendant 15 jours tous les ans (du 14 mai au 28 mai en 2019). Le collectif Familles offre une diversité d'actions et de lieux visant à conforter les parents dans leurs compétences parentales et favorisant la participation des personnes, dans une volonté de mixité et de non-stigmatisation. Elle propose des temps d'échanges, des moments conviviaux (pauses café, pique-nique intergénérationnel, jeux, formation des professionnels) et donne la possibilité à tout parent intéressé de venir échanger et participer à la vie du quartier.

Les objectifs de cette action sont de valoriser les compétences parentales et de favoriser les échanges par le lien social et intergénérationnel. Elle permet également d'impliquer les parents dans la vie du quartier et de la commune (Réseau français des Villes santé de l'OMS, 2013).

- À Guyancourt (Yvelines) :

École des parents et sa boutique

Depuis 2001, l'école des parents est directement gérée par la direction générale des services de la ville de Guyancourt. C'est un lieu d'accueil et d'animations pour les parents pour les aider, les accompagner dans l'éducation de leurs enfants, quel que soit leur milieu social ou culturel. Elle permet également d'orienter les parents vers les services et les dispositifs adaptés (Guyancourt, 2019).

L'école des parents favorisent leur bien-être et celui de leurs enfants. Ce service est strictement dédié à l'accompagnement parental avec un lieu d'accueil et d'écoute individualisée réalisée par des professionnels mais également des échanges entre parents. La boutique des parents est un lieu neutre où le parent peut venir parler, « vider son sac » sans crainte d'être jugé (Réseau français des Villes santé de l'OMS, 2013).

- À Montpellier :

La maison de la prévention santé : le café des parents

Depuis 2007, la maison de la prévention santé est un espace municipal permanent d'information, d'orientation et de réflexion sur la promotion de la santé ouvert à tous. Il accueille chaque troisième samedi du mois le café des parents. L'école des parents et des éducateurs y anime une rencontre autour d'un café sur une thématique choisie. Un espace « coin des enfants » a même été aménagé pour que leurs parents puissent participer en toute tranquillité.

L'objectif ici est d'enrichir les compétences parentales par partage d'expérience et de savoir-faire avec d'autres familles. Ce lieu permet également l'accueil, l'écoute et l'orientation des parents qui en ont besoin (Réseau français des Villes santé de l'OMS, 2013).

4. Actions d'accompagnement à la parentalité et de prévention en santé bucco-dentaire

1. Au niveau international

1. *Dental home* aux États-Unis

Le concept de « *medical home* » est introduit par l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) en 1967. Le concept a ensuite évolué et s'est largement répandu. En 1992, l'AAP définit les « *medical home* » ou « *patient-centered medical home* » (PCMH) comme étant un concept où les soins sont réalisés dans le cadre d'une relation proche entre le médecin, l'enfant et sa famille. Cette relation plus rapprochée permet de rendre les soins plus accessibles, avec une responsabilité mutuelle des praticiens et de la famille en instaurant un climat de confiance. Les PCMH deviennent alors un lieu de prévention, de conseils et de suivi. Cette nouvelle approche des soins médicaux permet une intervention préventive plus précoce, une meilleure compréhension entre praticien et patient et plus de compassion et d'empathie. Le praticien doit connaître et suivre l'enfant afin qu'une relation de confiance puisse s'établir (AAPD, 2018).

Ce concept répond à plusieurs principes caractérisés par l'*American Academy of Family Physicians* (AAFP), l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), l'*American College of Physicians* (ACP) et l'*American Osteopathic Association* (AOA) en 2007 :

- Un médecin personnel : les soins de santé primaire en pédiatrie sont effectués par un médecin spécialisé dans les soins de l'enfant et c'est ce médecin qui effectuera le suivi du patient.
- Ce médecin dirige et coordonne l'équipe médicale : le médecin dirige une équipe de personnes spécialisée dans leurs domaines et qui partagent ensemble la responsabilité des soins du patient (Figure 11).
- Le médecin est responsable d'orienter le patient vers les soins et les spécialistes qui lui seront nécessaire, et ce à chaque période de sa vie.
- Ce concept requiert des actions coordonnées entre le système de soin et la communauté autour de l'enfant.

YOU ARE AT THE CENTER OF YOUR CARE

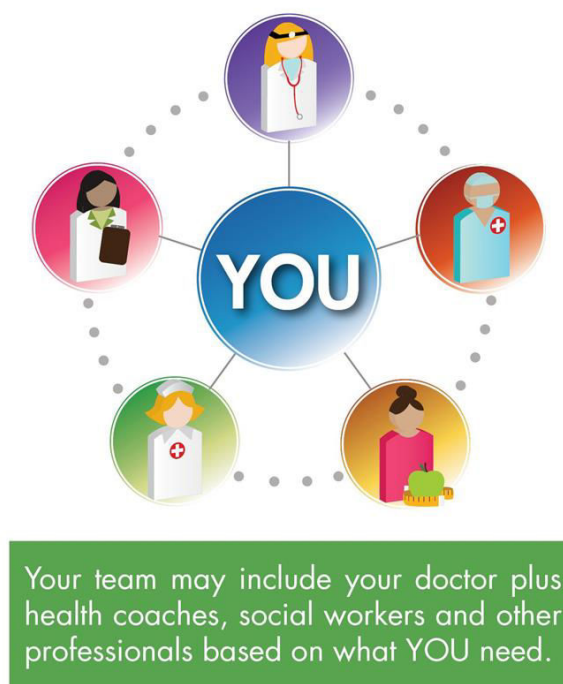


Figure 11 : Illustration de la prise en charge centrée sur le patient dans un *Medical Home* d'après *Adelante Healthcare* (2019)

Depuis 1992, il a été montré que les soins prodigués au sein d'une relation « *medical home* » sont plus efficaces et coûtent moins chers par rapport à des soins prodigués en urgence dans les centres hospitaliers (AAPD, 2018).

Les « *Dental home* » s'inspirent de ce concept. D'après L'AAPD, les *Dental home* représentent une relation personnalisée entre le dentiste et son patient. Les soins se font dans un cadre familial avec un praticien qui connaît et suit son patient. Les soins sont rendus accessibles et compréhensibles aux familles (Figure 12).



Figure 12 : Concept de *Dental Home* d'après *Western Dental & Orthodontics* (2019)

Depuis plusieurs dizaines d'années, les États-Unis ont tenté de diminuer la prévalence des caries de la petite enfance avec des moyens de prévention traditionnels. Cependant, les résultats restaient insuffisants. Les jeunes enfants ne voyaient les chirurgiens-dentistes pour la première fois que lors de traumatismes ou de douleurs. De fait, l'AAPD encourage les parents à trouver un « dental home » pour leur enfant avant que les problèmes n'apparaissent. En 2002, elle a établi que la visite au « *dental home* » doit se réaliser entre 6 et 12 mois, et surtout ne doit pas commencer plus tard que les 12 premiers mois de l'enfant pour aider l'enfant et sa famille à instaurer une bonne santé orale tout au long de sa vie.

Selon l'AAPD, les « *dental home* » doivent répondre à certaines caractéristiques, tout comme les « *medical home* » :

- Être accessible en continu et centré sur la famille
- Mener des actions préventives, personnalisées et adaptées à l'enfant en se basant sur son risque carieux individuel
- Apporter des conseils d'ordre nutritionnel
- Adresser à un spécialiste dès que les soins ne peuvent être réalisés dans le cadre du « *dental home* ».

Consulter un « *dental home* » et instaurer une prévention précoce permet d'éviter la formation de caries précoces de l'enfant et ses conséquences. La clé de cette prévention est de combler le manque de compréhension des parents sur l'importance d'une visite préventive chez le chirurgien-dentiste. Voir l'enfant avant l'âge d'un an permet d'instaurer des bonnes pratiques : une meilleure orientation de futurs soins, des conseils personnalisés selon le contexte de la famille, une confiance mutuelle instaurée très tôt et un meilleur suivi. Une étude publiée en 2016 par Kierce et coll. a mesuré l'association *dental home* - prévalence de la CPE dans un groupe d'enfants de 2 à 5 ans qui ont bénéficié ou non d'une mise en place précoce des consultations préventives : la consultation d'un *dental home*, spécifiquement dans des populations à risque et à faible revenu, est significativement associé à une réduction de la prévalence des caries précoces de l'enfant et des habitudes alimentaires cariogènes. De plus, entre 1997 et 2013, le nombre d'enfant ayant réalisé une visite chez le dentiste aux États-Unis dans l'année passée a augmenté de 17% chez les enfants entre 2 et 4 ans, 8% chez les enfants entre 5 et 11 ans et de 10% chez les adolescents entre 12 et 17 ans (Kierce et coll., 2016).

Les parents jouent un rôle fondamental dans la santé orale de leur enfant, ils ne sont pas seulement responsables de prendre les rendez-vous chez le chirurgien-dentiste. Ils doivent être capable d'informer, de guider et d'encourager leur enfant dans l'objectif d'une bonne santé orale ; et cela ne peut être possible pour eux sans un enseignement de la part des professionnels. Ils ont besoin d'être guidés et soutenus au sein de ces structures type « *dental home* ».

En termes d'économie de la santé, les traitements des caries précoces de l'enfant coûtent chères : de 10 00 dollars par enfant à 25 000 dans les cas sévères, quand l'enfant a besoin d'une hospitalisation ou de soins sous anesthésie générale (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2019).

Savage et coll. (2004) ont étudié les effets d'une consultation préventive précoce sur l'utilisation et les coûts des services dentaires chez les enfants d'âge préscolaire. Leurs résultats montrent que les enfants ayant bénéficié d'une première consultation préventive à l'âge d'un an sont plus susceptibles de consulter préventivement ensuite. De plus, ils ont moins recours aux soins restaurateurs et aux consultations en urgence par la suite. Voir les enfants précocement lors de consultations dentaires préventives permet d'économiser de l'argent par rapport à des frais hospitaliers plus

lourds lors de consultations plus tardives. Négliger des lésions carieuses traitables en soins ambulatoires peut vite engendrer une aggravation importante et conduire à des soins hospitaliers, nettement plus coûteux. D'après Savage et coll. toujours, le coût des soins dentaires va en s'accroissant selon l'âge de la première consultation : 262 dollars si la première consultation se déroule avant 1 an, 339 dollars si elle a lieu entre 1 et 2 ans, 449 dollars entre 2 et 3 ans, 492 dollars à 4 ans et enfin 546 dollars si la première consultation se fait qu'entre 4 et 5 ans. Une visite préventive avant l'âge de 5 ans diminue significativement le nombre de visites non préventives par la suite ainsi que les dépenses associées à ces visites. De plus après 8 ans de suivi, les enfants ayant eu leur première visite avant l'âge de 4 ans coûtaient en moyenne 360 dollars de moins en traitements dentaires que les enfants n'ayant pas effectué cette visite plus tôt. En conclusion, la première visite préventive à un âge précoce a des effets bénéfiques conséquents sur le coût des soins (Savage et coll., 2004).

Le concept de « *dental home* » a depuis été repris et soutenu dans plusieurs pays (Giriraju et Lakshminarayan, 2017) et la plupart des praticiens soutiennent cette approche d'intervention précoce et de relation proche entre praticien et famille devant la persistance des caries précoces de l'enfant (Figure 13). La famille devient le partenaire du chirurgien-dentiste dans les soins apportés à l'enfant. Il serait ainsi plus que bénéfique d'adopter ce concept de relation privilégiée précoce entre l'enfant, sa famille et le praticien en France afin de prévenir plus efficacement la maladie carieuse.

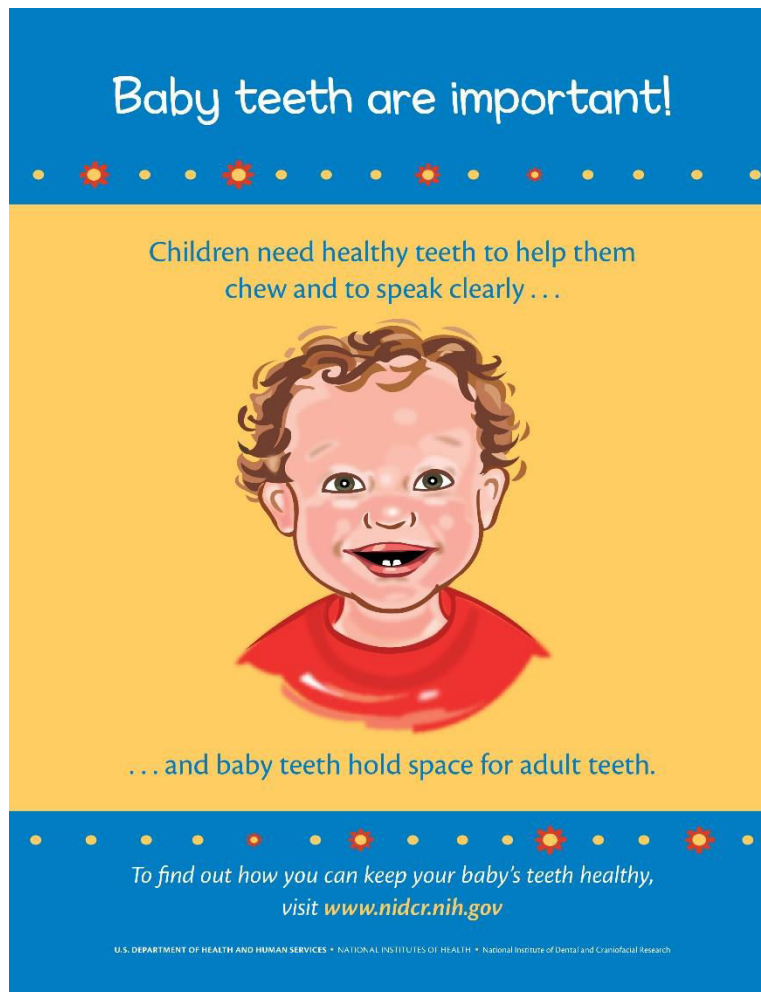


Figure 13 : Brochure de promotion de la santé, dont la visite chez le chirurgien-dentiste à 1 an, chez le nourrisson, d'après le *National Institute of Dental and Craniofacial Research* (2018)

2. *Text4baby* aux États-Unis

Il existe aux États-Unis depuis 2010 la première application d'envoi de sms gratuits qui permet d'envoyer aux femmes enceintes et aux mères des informations pour les aider à améliorer leur santé et celle de leur bébé.

Devant la mortalité infantile aux États-Unis (6,59/1000 naissances), les téléphones portables apparaissent comme une solution appropriée pour atteindre efficacement les parents : le pourcentage d'individus possédant un téléphone portable est similaire dans les différentes populations (80% à 87%) et les individus en situation de pauvreté ont plus de chance de n'avoir que des téléphones portables, sans ligne fixe.

L'usage des téléphones dans la santé ont déjà démontré leur efficacité, notamment pour aider les fumeurs à diminuer et arrêter leur consommation de tabac.

Des messages ont été créés à partir des besoins des mères interrogées. Chaque message commence par la mention « *Free msg* » pour rassurer la personne. Les messages ont été conçus pour être compris chez les populations à faible niveau de littératie. Finalement, 117 messages prénataux ont permis d'informer les femmes enceintes sur les symptômes qu'elles peuvent rencontrer, comment accéder aux soins, des informations sur la nutrition, l'alcool... et 147 messages postnataux se concentrant sur la santé du bébé (Whittaker et coll., 2012).

Pour le moment les évaluations de ce programme ne sont pas terminées.

3. Prévention au Canada

Le Canada est un chef de file à l'échelle mondiale concernant la santé bucco-dentaire. Cependant, la carie de la petite enfance reste responsable du tiers environ de toutes les chirurgies ambulatoires évitables pratiquées chez les enfants canadiens d'âge préscolaire (Institut canadien d'information sur la santé, 2013). Des efforts importants sont déployés afin de diminuer le recours aux soins. Pour le Canada, plus les efforts sont déployés tôt, meilleurs sont les résultats.

Au Canada, la première visite chez le dentiste est recommandée durant la première année de la vie. Elle se fera préférablement au cours des 6 premiers mois suivant l'apparition des premières dents en bouche mais ne dépassera pas l'âge de 12 mois. Cette première visite comprendra un examen sommaire et des conseils d'hygiène spécifiques pour prévenir la CPE (Kandelman et Ouatik, 2006).

Cette première visite doit permettre de vérifier avec les parents les points suivants :

- Contrôle et renforcement des enseignements et conseils donnés pendant la période de grossesse.
- Proscrire l'ajout de substances cariogènes dans le biberon pour endormir l'enfant.

- Favoriser une alimentation saine tout en restreignant la consommation d'aliments sucrés et en proposant des aliments édulcorés avec des substituts du sucre
- Commencer à nettoyer les dents de l'enfant dès l'apparition de la première dent.
- Encourager l'enfant à boire dans un verre lorsqu'il s'approche de son premier anniversaire puis abandonner progressivement le biberon entre 12 et 16 mois.
- Observer les habitudes prises par le bébé très tôt dans l'existence notamment en ce qui concerne la succion du pouce de façon à consulter précocement afin de corriger cette habitude si nécessaire par l'usage de la sucette (tétine). L'utilisation de la sucette lorsqu'il n'y a pas d'ajout d'édulcorants ne semble pas être associée à la CPE.

Le praticien prépare également un programme préventif personnalisé : il devra établir par rapport au risque et à l'âge du patient, une thérapie fluorée (systémique et topique) et le besoin en scellement des sillons des molaires. Enfin, le chirurgien-dentiste instaure pour les enfants à risque un calendrier de visites de contrôle rapprochées (tous les 3 mois) incluant une forte communication avec les parents afin d'assurer un suivi adéquat.

La table ronde canadienne sur la santé buccodentaire (COHR) recommande d'instaurer et de promouvoir des programmes d'éducation destinés aux enfants et aux personnes qui en prennent soin afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des enfants vulnérables.

Entre 2005 et 2010, le groupe de travail fédéral-provincial-territorial a mis en place la Stratégie Canadienne de Santé Bucco-dentaire (SCSB) pour établir les buts et les actions de promotion de la santé bucco-dentaire et améliorer la prestation des soins. Elle vise à améliorer les connaissances et bonnes pratiques en santé bucco-dentaire des parents avant l'éruption des dents de leur enfant. D'autres milieux d'interventions sont également retenus :

- Les centres hospitaliers et les maisons de naissance dans lesquels les personnels donnent les conseils de soins d'hygiène des bébés. Le nettoyage des gencives des bébés est recommandé par l'ordre des dentistes du Québec et l'Association Dentaire Canadienne

- Les cliniques de vaccination où les enfants ont accès à 2, 4, 6, 12, 18 mois et 4 à 6 ans. Il est ainsi recommandé de faire de brefs rappels :
 - A 4 mois sur le risque de transmission bactérienne
 - A 6 mois sur l'utilisation des dentifrices fluorés et le contenu des collations
 - A 12 mois sur les principes d'une bonne alimentation
 - A 18 mois sur la promotion de la visite chez le dentiste
- Les centres de la petite enfance qui reçoivent les enfants de la naissance à l'entrée en maternelle, fournissent des services de gardes éducatifs et enseignent par exemple le brossage des dents.

Des outils d'éducation et de promotion de la santé ont été développés pour améliorer les connaissances en matière de santé orale comme une vidéo interactive à destinée des futurs parents et des personnels de la petite enfance. Elle prodigue des informations sur la santé orale bucco-dentaire de l'enfant fondées sur les preuves conformes aux recommandations de l'Université de Toronto et de *l'American Academy of Pediatric Dentistry*. Un important manque de connaissances a pu être observé lors d'un questionnaire (22% de réponses « ne sait pas ») voire erronées (19% de réponses incorrectes) avant la présentation de la vidéo. Une amélioration est visible après une première visualisation de l'outil (91% de réponses correctes) (Folliguet, 2006).

De 2013 à 2018, un nouveau cadre national vint succéder à SCSB, le Cadre Canadien sur la Santé Bucco-dentaire (CCSB). Il a été créé dans un but d'amélioration de la santé bucco-dentaire, surtout celle des moins privilégiés. Le CCSB avait plusieurs objectifs : amélioration de la santé bucco-dentaire, accessibilité des soins, politique en matière de santé bucco-dentaire, surveillance, protection de la santé, promotion de la santé buccodentaire, prévention des maladies et *leadership*. Le Canada a en effet estimé avoir besoin de *leadership* et d'engagements solides de la part de tous les ordres de gouvernement pour améliorer la santé bucco-dentaire des minorités marginalisées et à risque. Le CCSB avait deux priorités : la diminution du poids de la maladie carieuse et un meilleur accès aux soins bucco-dentaires à toute la population. Les objectifs relatifs aux soins liés à l'état de santé bucco-dentaire mettent l'accent sur les enfants, surtout ceux les plus à risque.

Le CCSB proposait plusieurs stratégies pour améliorer la santé bucco-dentaire chez les enfants et adolescents, dont nous citerons certaines :

- Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants (réduire le nombre de caries et de dents cariées chez les enfants âgés de moins de 12 ans en mettant davantage l'accent sur ceux affichant les taux les plus élevés de maladies),
- Améliorer l'accès des peuples autochtones aux soins de santé bucco-dentaire (rendre les services plus accessibles dans les collectivités, accroître le nombre de programmes scolaire en lien, etc),
- Assurer un accès adéquat à la prévention et aux traitements en matière de soins bucco-dentaires de la part des professionnels en mesure de faire le lien entre les différences sociales et culturelles,
- Inclure la santé bucco-dentaire comme élément essentiel de l'état de santé générale,
- Accroître l'accès à l'eau fluorée pour prévenir la carie dentaire, etc.

L'évaluation de ce programme n'est pas encore terminée aujourd'hui.

Il faut également ajouter l'engagement du Canada dans la prévention des CPE lors de l'endormissement du bébé. Les intervenants travaillant en éducation périnatale enseignent aux parents à développer une routine du soir non cariogène pour faciliter la mise au lit et l'endormissement de l'enfant (Galarneau et Brodeur, 2006).

Les parents emploient diverses méthodes pour mettre au lit leur enfant et certaines représentent un risque de carie dentaire comme l'endormissement avec un biberon contenant tout autre liquide que de l'eau. La période du coucher est le moment où les parents ressentent le plus la fatigue de la journée et sont donc plus enclins à céder à des moyens « faciles » de réconfort, le plus souvent cariogènes. Une étude réalisée en 2002 sur le territoire de la Montérégie auprès de 776 mères ayant un enfant de 15 à 18 mois a montré que 57% des mères au moment du coucher bercent leur enfant, 47% mettent de la musique ou font jouer un mobile, 33% lisent une histoire et 23% restent au côté de l'enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme. 29% des mamans mettent quotidiennement leur enfant au lit avec un biberon pour la nuit. 9% donnent une collation sucrée, 9% offrent une boisson hautement cariogène soit dans un verre avant le coucher soit directement au biberon dans le lit, 2% donnent des friandises. 41% des mères ont dans leur routine d'apaisement au coucher des

pratiques cariogènes. Ce pourcentage passe à 60% chez les mères issues de milieux défavorisés (Figure 14) (Galarneau et Brodeur, 2006).

Habitudes d'apaisement utilisées par les mères selon le risque de carie dentaire qu'elles représentent pour l'enfant					
Hautement cariogènes		Potentiellement cariogènes		Peu ou non cariogènes	
9%	Collation sucrée	29%	Mettre l'enfant au lit avec un biberon de lait de vache tous les soirs	57%	Berçer l'enfant
6%	Mettre l'enfant au lit avec un biberon d'eau sucrée, boisson à saveur de fruits, jus de fruits naturel ou boisson gazeuse			45%	Mettre de la musique ou faire fonctionner le mobile
3%	Verre de boisson à saveur de fruits ou de boisson gazeuse avant le coucher			33%	Lire une histoire
2%	Friandises ou bonbons			23%	Rester au côté de l'enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme
0%	Suce trempée dans le miel ou autres aliments sucrés			19%	Biberon de lait avant le coucher ou à l'occasion dans le lit
				6%	Donner une suce

Figure 14 : Fréquence des habitudes alimentaires d'apaisement utilisée par les mères au moment de coucher leur enfant selon le risque carieux qu'elles représentent d'après Galarneau et Brodeur en 2006, selon une étude réalisée en 2002 sur le territoire de la Montérégie.

Face à ces pratiques, le chirurgien-dentiste emploie une approche conciliante et non culpabilisante, surtout envers les familles les plus défavorisées. Le Canada mise sur l'exposition suffisante au fluor des enfants (surtout par la fluoruration de l'eau municipale lorsqu'elle est inférieure à 0,3 ppm, d'après les recommandations de la *Canadian Pediatric Society* en 2019) afin de minimiser les risques de caries de la petite enfance ainsi qu'une interception préventive des enfants avec une consultation précoce chez le dentiste afin de prévenir l'ancrage de ces habitudes nocives dans la routine des parents. Cependant, des conseils et des techniques efficaces pour remplacer ces méthodes d'endormissement cariogènes seraient à rechercher ou à enseigner. Il ne suffit pas de conseiller aux parents de ne pas le faire, il faut également leur fournir les moyens de le réaliser.

4. *Lift the lip* en Australie

Dans la majorité des États australiens, les programmes de promotion et prévention de la santé bucco-dentaire ont été intégrés aux visites de routines des enfants de 0 à 5 ans. De nombreux États australiens ont adopté le programme *Lift the Lip*, impliquant les professionnels de santé pouvant toucher la petite enfance comme les médecins généralistes, les infirmières mais en impliquant également les parents (*Metro South Health*, 2017).

Lift the Lip consiste à enseigner à soulever la lèvre supérieure de l'enfant pour vérifier les surfaces dentaires vestibulaires lisses des dents antérieures du maxillaire supérieur (celles-ci étant les premières touchées dans la CPE). Des taches blanches sont les premiers signes de caries par déminéralisation de l'émail alors que des taches brunes seront témoin de caries plus avancées (*SA Health*, 2018).

Les professionnels de santé doivent profiter de la visite de l'enfant, peu importe l'objet de la consultation, pour soulever la lèvre de l'enfant et vérifier que les dents et gencives sont saines. Les infirmières responsables des mères et de leurs enfants (*Maternal and Child Health Nurses* : MCHNs) intègrent un examen *Lift the Lip* à chaque âge clé de l'enfant : 6, 12, 18 mois puis lors de la consultation des 2, 3 et 4 ans. Des recommandations à délivrer aux familles sont également fournies aux professionnels de santé. Ils sont en tête de file pour permettre de détecter préventivement les caries chez l'enfant et leurs avis et conseils influencent les

décisions prises par les familles pour la santé orale de l'enfant. Toute interception de carie par le praticien permettra d'adresser l'enfant précocement chez un chirurgien-dentiste (*New South Wales government, 2014*).

Des illustrations sont également disponibles pour les parents et les professionnels afin de les aider à dépister les caries précocement chez leurs enfants, par exemple sur les sites des gouvernements des différents États australiens ou encore des affiches (Figure 15).

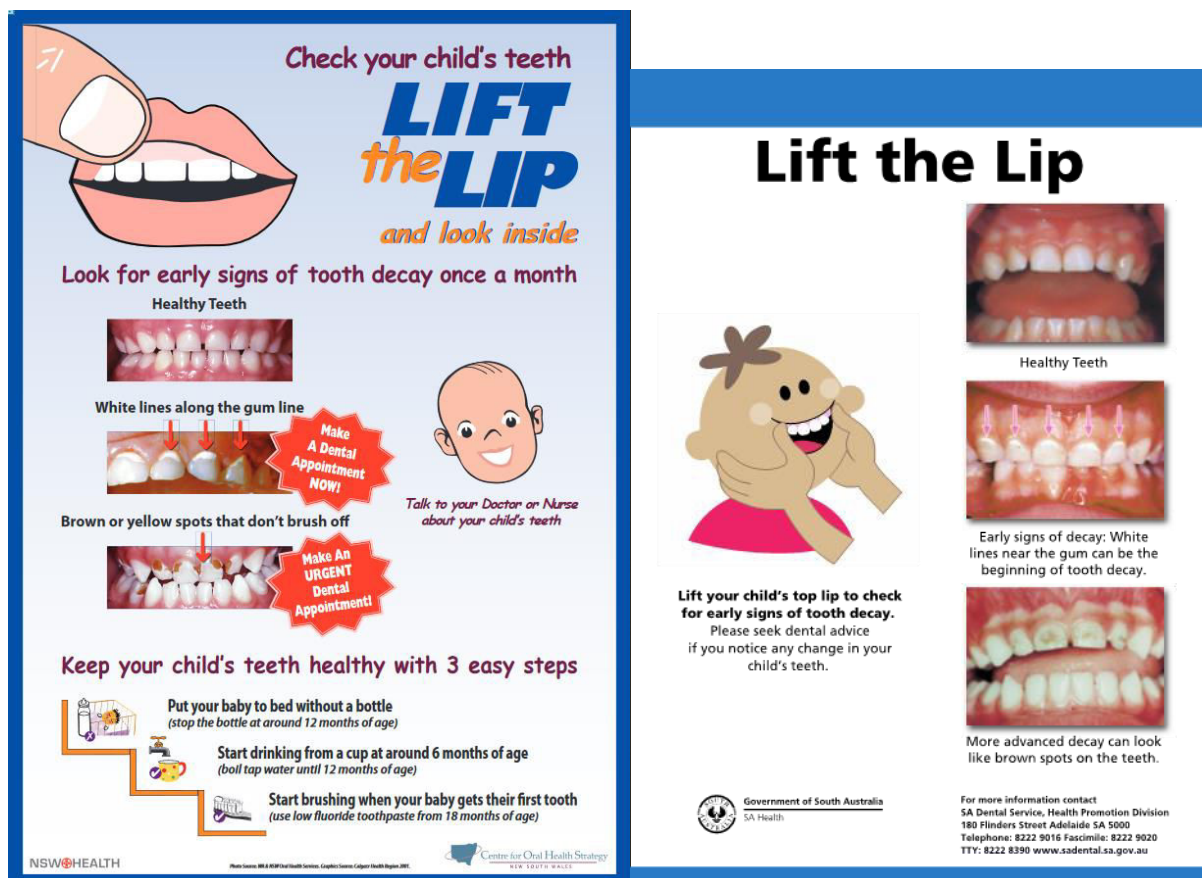


Figure 15 : Exemple d'illustrations du programme *Lift the Lip* à destination des parents, d'après *New South Wales Health* (2001) et d'après *South Australia Health* (2018)

Une évaluation de ce programme a été réalisée dans l'État du New South Wales en 2008 (*Centre for Oral Health Strategy NSW, 2010*) auprès des différents coordinateurs (professionnels de santé, familles, etc). Le nombre de patients référés aux services dentaires est un moyen de mesurer l'efficacité du programme : entre 2007 et 2009, 3440 enfants ont été référés vers des services publics d'odontologie, 176 en 2007, 1353 en 2008 et 1911 en 2009.

5. Situation en Angleterre

Malgré l'amélioration en matière de santé orale des enfants depuis les trente dernières années, les caries de la petite enfance restent une importante source de morbidité chez les enfants anglais. La prévention dite traditionnelle a ses limites, les caries précoces des jeunes enfants se terminent généralement par de multiples extractions sous anesthésie générale. On estime à environ 10 000 anesthésies générales par an pour raisons dentaires rien qu'au Pays de Galles (Karki et coll., 2011). Environ 5% des enfants de 5 ans et 11% des enfants de 8 ans ont déjà eu des traitements dentaires sous anesthésie générale au moins une fois dans leur vie (Morris et coll., 2006). De plus très peu d'enfants se rendent à la visite de contrôle successivement à cette anesthésie générale (Aljafari et coll., 2014). Un mauvais suivi combiné à un haut risque carieux entraîne de devoir recommencer les traitements.

Une étude menée en 2011 par Karki et coll. a analysé quelles problématiques, selon le programme de prévention et de promotion de la santé suivi, les parents d'un enfant ayant eu recours à une anesthésie générale avaient pu rencontrer, ce qu'ils en avaient retenu mais également ce qu'ils trouvent utile dans la prévention des caries. Sur 207 parents d'un enfant âgé de moins de 10 ans ayant eu recours à une anesthésie générale, 76% avaient déjà reçu des conseils sur la santé orale et 52% avaient reçu un enseignement au brossage de la part d'un chirurgien-dentiste. 67% des parents ont rapporté que leur enfant voyait un praticien régulièrement, voir annuellement. Seulement 9% ont mentionné l'application de fluor. 34% pensaient que le mauvais état dentaire était héréditaire au sein de leur famille et 27% des parents mettaient les caries de leur enfant sous le coup de la malchance. La majorité des parents trouvaient que des informations par tracts ou à consulter sur un site internet seraient utiles (Karki et coll., 2011).

Une autre étude réalisée en 2014 tendait vers des conclusions similaires (Aljafari et coll., 2014). 29 parents d'enfant(s) de 3 à 10 ans nécessitant des soins sous anesthésie générale ont été interrogés. La majorité connaissait l'importance de l'hygiène orale et de la consommation de sucres, considérés comme du « bon sens ». Paradoxalement, très peu savaient qu'un jus de fruit était potentiellement cariogène. Beaucoup de parents admettaient n'avoir reçu aucune information sur la santé orale, ni ne connaissaient l'application de vernis fluorés.

L'information des parents dans de futurs programmes de prévention reste donc à améliorer, la croyance « fataliste » de la maladie carieuse restant encore trop communément admise dans les familles.

Une étude menée en Angleterre par Davies et coll. (en 2005 puis en 2007), a permis de mesurer l'impact d'une série d'interventions, alternant visites en centre de santé et distributions gratuites de « cadeaux » (dentifrices fluorés, brosses à dents, gobelets et brochures éducatives) au domicile des parents d'enfants de 8 mois à 5 ans. Un entretien téléphonique avec les parents avait lieu quand l'enfant avait 21 mois et l'examen de ce dernier avait lieu entre 3 et 4 ans, puis à 5 ans. Dans le groupe témoin qui n'avait reçu ni documentation ni nécessaire au brossage des dents, les enfants ont aussi été examinés entre 3 et 4 ans, puis à 5 ans. Les résultats positifs ont été remarqués chez les enfants qui avaient reçu les produits distribués car leurs parents étaient plus susceptibles d'initier le brossage des dents avant 12 mois et deux fois par jour.

La prévalence carieuse était diminuée de 29% dans le groupe test à l'examen des 3-4 ans et diminuée de 38% à 5 ans par rapport au groupe témoin (Davies et coll., 2005 ; 2007).

Un autre programme d'éducation à la santé orale a été mis en place pour les familles défavorisées de la banlieue de Leeds en Angleterre (Kowash et coll., 2000) afin de déterminer son impact sur l'incidence carieuse des enfants après 3 ans. Les enfants étaient inclus à l'âge de 8 mois et bénéficiaient d'un examen dentaire à 1, 2 et 3 ans, leur mère également. Elles recevaient ensuite un professionnel de santé (hygiéniste ou infirmière pédiatrique) à domicile tous les 3 mois pendant 2 ans, puis 2 fois au cours de la dernière année pour des conseils (15 minutes). Selon le groupe d'intervention, on insistait soit sur l'hygiène, soit sur l'alimentation soit sur les deux aspects. Un quatrième groupe a reçu une visite une fois par an seulement au cours des 3 années et le cinquième groupe, celui contrôle n'a bénéficié d'aucun conseil sur l'hygiène orale et pour ce dernier groupe un examen clinique avait lieu uniquement à 3 ans.

La prévalence des caries observée était significativement plus faible dans les groupes intervention que dans le groupe contrôle. L'état de santé orale des mères et de leurs comportements se sont significativement améliorés : brossage régulier 2 fois par jour, visite chez le chirurgien-dentiste, diminution de la gingivite à partir de la

deuxième et de la troisième visite, modification des pratiques diététiques. Cependant, la prévalence des caries chez les mères au cours de l'étude n'a pas été significativement réduite, expliqué par la courte durée de l'étude d'après les auteurs.

Une autre étude (Whittle et coll., 2008) sur un programme d'intervention dans le nord de l'Angleterre a été réalisée en 2008 sur 501 enfants suivis de 8 mois jusqu'à 5 ans (251 dans le groupe intervention et 250 dans le groupe témoin). Les visites à domicile ont été réalisées de deux manières différentes :

- Aux 8 et 20 mois par des visiteurs dans un but de promotion de la santé avec conseils spécifiques sur la santé orale et distribution gratuite de brosses et dentifrice. Il s'agissait du groupe intervention.
- Aux 8 et 20 mois de l'enfant mais dans ce cas, il s'agissait d'une visite « traditionnelle » de suivi et conseils généraux sur la santé orale, sans distribution de matériel. Les personnes concernées constituaient le groupe contrôle.

La prévalence de carie est restée plus faible dans les deux groupes par rapport au taux décrit dans la région pour des enfants du même âge. Cependant, le groupe intervention possédait un taux plus faible que le groupe contrôle mais la différence restait non statistiquement significative.

Des programmes de prévention en santé dentaire spécifiquement centrés sur les parents restent encore à développer en Angleterre.

Bien que la santé bucco-dentaire s'améliore en Angleterre, près du quart (24,7%) des enfants de 5 ans sont atteints de carie dentaire. Un enfant sur 4 souffrira alors de carie dentaire au début de ses études. Chaque enfant atteint de carie dentaire aura en moyenne 3 à 4 dents atteintes.

La première enquête menée auprès de jeunes de 3 ans a révélé que 12% présentaient une carie dentaire visible affectant en moyenne 3 dents. La carie dentaire était la principale cause d'hospitalisation des enfants âgés de 5 à 9 ans entre 2012 et 2013. Plus de 63 000 enfants âgés de 0 à 19 ans ont été admis à l'hôpital pour des extractions dentaires entre 2014 et 2015.

L'Angleterre projette également d'introduire une taxe sur le sucre (*Healthcare-news*, 2019). Le sucre alimente l'épidémie de la carie (Figure 16) et la taxe serait considérée comme un réinvestissement dans les soins et la prévention chez les enfants.

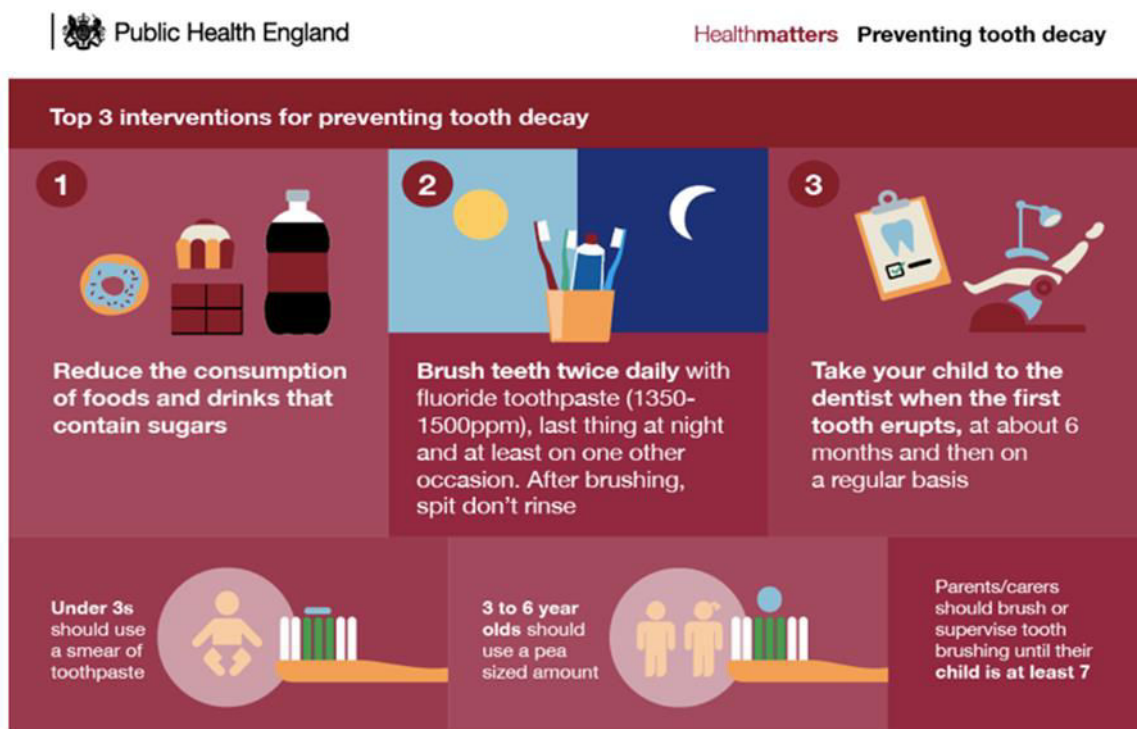


Figure 16 : Conseils pour réduire la carie dentaire chez l'enfant d'après Public Health England en 2018.

6. Guides de recommandations (*Anticipatory Guidance*)

Plusieurs ouvrages de conseils préventifs, ou guidage anticipé (« *anticipatory guidance* ») à l'attention des professionnels de santé et/ou des parents (ou femme enceintes) ont été créés depuis 15 ans.

On peut noter par exemple :

- Le guide de l'AAPD créé en 1991 avec 5 révisions depuis, la dernière datant de 2013 : « *Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents* » (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2013)

- Le guide de l'AAPD publié en 2009 et révisé en 2011 : « *Guideline on Perinatal Oral Health Care* » (American Academy of Pediatric Dentistry, 2011)
- Le guide du *National Institute Of Dental and Craniofacial Research*, édité en septembre 2018 : « *A Healthy mouth for Your Baby* »
- En australie « *NWH Little Smile : Dental health ressource for childcare professionals* » est un ouvrage réunissant plusieurs ressources dans le but de promouvoir la santé dentaire et réduire la carie chez l'enfant de 0 à 5 ans : recommandations, informations pour les parents, activités ludiques, chansons... (Centre for Oral Health Strategy NSW, 2010).
- Également en Australie « *Early childhood oral health guidelines for child health professionals* » dont la troisième édition a été publiée en 2014. L'objectif de ce guide est d'améliorer la santé et le bien-être des enfants en intégrant la santé bucco-dentaire dans les actes de santé générale pratiqués par les professionnels de santé. Il inclue des informations pour les parents, ainsi que la promotion de pratiquer le programme « *lift the lip* » lors des consultations médicales des enfants.

Ces guides permettent de donner aux professionnels de santé les informations à délivrer aux parents lors des consultations dentaires ou lors des consultations péri-natales de la femme enceintes. Ils sont également disponibles pour les parents afin qu'ils puissent avoir des informations sur la santé orale de leur enfant et acquérir de bonnes habitudes de santé bucco-dentaire.

2. Au niveau national

En France, il n'existe pas encore énormément d'actions de soutien à la parentalité spécifique à la santé bucco-dentaire par rapport au reste du monde. Ce sont le plus souvent, comme pour les actions d'accompagnement à la parentalité dite « générales », des actions locales de la part d'associations, de municipalités, de conseils généraux, des CPAM, des URCAM, des mutuelles, des Universités... ces actions de promotion de la santé bucco-dentaire sont le plus fréquemment réalisées à l'école maternelle, parfois en crèches ou en PMI (Protection maternelle et infantile) par des infirmières puéricultrices ou par des étudiants en Odontologie dans le cadre de leurs enseignements optionnels. Notons qu'elles concernent alors les écoles des

ville où une faculté d'Odontologie existe soit les villes de Nancy, Strasbourg, Lille, Nantes, Clermont Ferrand, Paris, Montpellier, Lyon, Bordeaux, Marseille, Reims, Rennes, Brest, Nice et Toulouse.

Il n'y a pas souvent d'action de prévention en santé bucco-dentaire de l'enfant passant spécifiquement par le soutien à la parentalité. Ce soutien est le plus souvent intégré à des programmes de prévention de la carie dentaire chez l'enfant. Les informations seront délivrées au parent par l'intermédiaire de la prévention chez l'enfant, sans réellement les faire participer activement. Les actions notables d'accompagnement à la parentalité en santé bucco-dentaire concernent généralement les futures mamans avec une prévention développée pour elles et surtout une éducation aux bonnes pratiques en vue de la naissance de leur futur enfant.

Nous donc allons voir dans ce chapitre différents exemples d'actions sur le territoire français qui permettent la prévention de la carie de la petite enfance avec une participation plus ou moins active de la part des parents.

1. L'examen bucco-dentaire des femmes enceintes

L'examen bucco-dentaire (EBD) des femmes enceintes a été mis en place par l'Assurance maladie le 26 novembre 2013.

En 2010, la HAS recommande déjà un examen bucco-dentaire lors du second trimestre de grossesse. Les signatures en 2012 puis 2013 des avenants n°2 et 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes ont permis d'instaurer l'EBD (examen bucco-dentaire) des femmes enceintes. L'examen de prévention contient obligatoirement :

- Une anamnèse
- Un examen bucco-dentaire
- Des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire, hygiène alimentaire, informations sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant)

Ces informations sont délivrées à l'oral par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils, plaquette que le praticien aura eu soin de réaliser lui-même (ce qui est rarement le cas !) ou une brochure distribuée par un laboratoire pharmaceutique.

Ce type d'action permet de délivrer des informations de prévention chez la femme enceinte, cependant les mamans ne sont pas impliquées dans la pratique. Il n'y a pas de véritable échange possible avec le professionnel de santé. La maman n'est pas interrogée sur ses compétences, cette action, surtout à visée informative, ne prévoit pas non plus de suivi après la naissance de l'enfant.

2. Programme de prévention bucco-dentaire du Val de Marne

Le Val de Marne s'est depuis longtemps engagé dans la prévention de la santé bucco-dentaire, voulant la promouvoir comme élément de santé qui doit trouver sa place dans tous les lieux de vie d'un enfant du Val de Marne. Leur programme départemental de prévention débute en 1990 avec « la Mission Bucco-Dentaire » succédée en 2006 par le « Service de Promotion de la santé bucco-dentaire ».

Dans ce programme, la prévention ne se limite pas à un simple dépistage mais fait appel à des acteurs divers et pas seulement à des professionnels de la santé bucco-dentaire : élus locaux, chirurgiens-dentistes coordinateurs, enseignants et équipes éducatives des écoles, professionnels de la santé et de l'action sociale, « relais santé » des crèches et PMI et étudiants en odontologie.

Les objectifs de ce programme sont :

- Faire vivre la santé bucco-dentaire au quotidien
- Assurer cohérence et systématisation dans le département
- Créer une dynamique départementale où se sont associés collectivités locales, les professionnels de la santé, du médico-social, CPAM, Ordre, associations locales, etc.
- Action dans la durée (1991-2011 puis 2011-2016), ce qui permet de valoriser la notion de santé publique

La prévention dans le pôle petite enfance (0 à 5 ans) passe par :

- L'information : des différents intervenants, des parents...
- La création d'un carnet de santé bucco-dentaire : créé en 1996, il est à incorporer au carnet de santé de l'enfant dès sa naissance. Il permet le suivi de l'état de santé orale par le pédiatre et le chirurgien-dentiste. Il permet également de fournir des informations aux parents sur la santé bucco-dentaire de leur enfant jusqu'à l'âge de 12 ans.
- Formation des personnes relais, avec mise en cohérence des messages
- Création du Dentiste référent petite enfance : il va travailler avec les 250 personnes relais formée à l'animation, coordination, évaluation et valorisation des actions de promotion de la santé bucco-dentaire.

Le programme bénéficie également d'un pôle communication : il permet la création d'outils de communication régulièrement renouvelés et la diffusion des informations (plaquettes, films, CD, e-learning, autocollants) ainsi que des campagnes d'information pour le grand public.

Une évaluation du programme a été réalisée en 2011 par Eid et coll et a permis de montrer son efficacité : en 2009, la prévalence de la carie des enfants de 5-6 ans chez les enfants du Val de Marne était inférieure à celle des pays européens étudiés (21% contre 25 à 42%) et une diminution de l'indice caod est observée entre 1991 et 2010 sur les dents temporaires des enfants ayant bénéficié du programme en Val-de-Marne (Figure 17) (Eid et coll., 2011). Enfin, Les enfants issus de milieux défavorisés sont les plus atteints mais l'écart d'atteinte carieuse entre les différents milieux sociaux a diminué depuis 1991 (Figure 18) (Cohen et Eid, 2013).

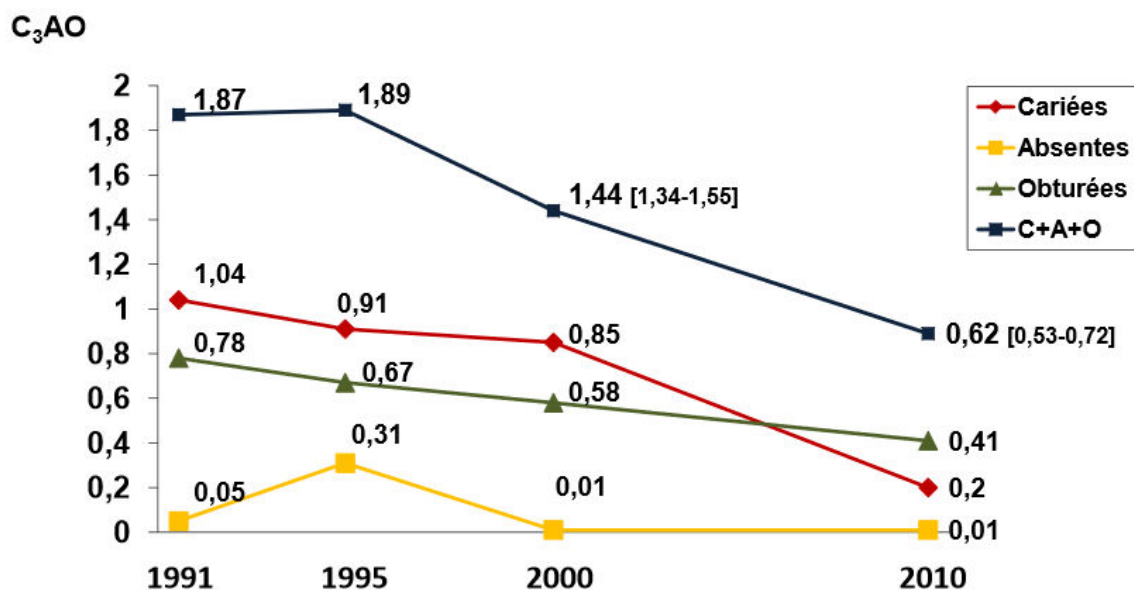


Figure 17 : Évolution de l'atteinte carieuse des enfants dans le Val-de-Marne, d'après Cohen et Eid en 2013.

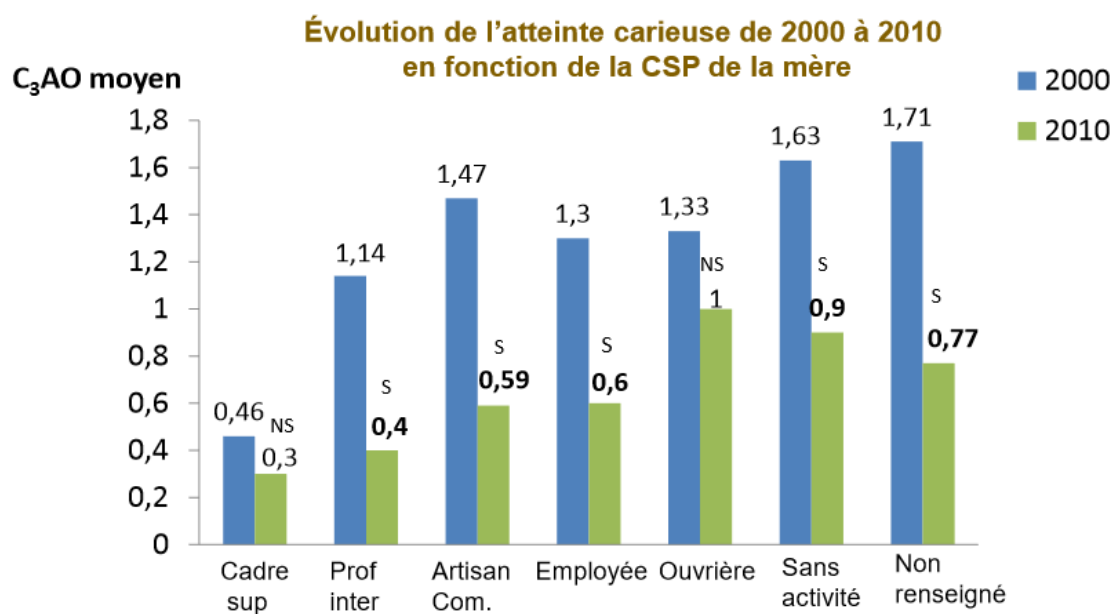


Figure 18 : Évolution de l'atteinte carieuse chez l'enfant de 12 ans en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la mère, dans le Val de Marne d'après Cohen et Eid en 2013

3. Prévention bucco-dentaire au sein de la ville de Nancy

Depuis longtemps, la prévention de la santé bucco-dentaire est une part importante des préoccupations de la ville de Nancy.

Dans les années 1990, le Comité de Prévention Dentaire de Meurthe-et-Moselle a eu pour objectif de promouvoir la santé bucco-dentaire par des actions de prévention et de dépistage, notamment chez les enfants. Un dépliant d'informations à destination des jeunes parents et une vidéo pédagogique en partenariat avec Nancy Ville Santé ont été réalisés à cette période (Figure 19).



Figure 19 : Extraits du dépliant « Offrez à votre enfant une vie sans carie », d'après Pacorel (2015)

De plus, dans le cadre de Nancy Ville Santé, le Comité en association avec l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Lorraine (URCAM) et l'UFSBD en 2005 lancent l'action « De bonnes dents pour la vie ça commence tout petit » (Figure 20). Après une séance de formation, un carnet était distribué pour ensuite être rempli par le pédiatre, le médecin ou le chirurgien-dentiste de l'enfant, ainsi qu'un guide pour le professionnel de santé et un pour les parents. (Pacorel, 2015)



Figure 20 : De gauche à droite : livret pour les parents, Guide pratique pour les professionnels de santé, Fiche patient à remplir par les professionnels de santé lors des consultations dentaires, d'après Pacorel (2015)

La brochure destinée aux parents se présentait sous la forme d'un petit livret comportant des informations précises, détaillées et illustrées :

- Sur les circonstances d'apparition de la carie dentaire
- Sur l'alimentation (fréquence, biberon, sucre, consistance des aliments)
- Sur l'échange de bactéries entre les parents et leur enfant (partage de cuillère, bonne hygiène orale des parents)
- Sur le brossage (âge, type de brosse à dent, méthode de brossage)
- Sur le fluor (dentifrice adapté, eau et autres types d'apport)
- Sur la consultation dentaire (âge de la première consultation, fréquence, intérêts, préparation de l'enfant, déroulement des soins)
- Sur les traumatismes
- Sur les habitudes de succion (pouce, tétine et respiration buccale)

La fiche patient pour l'enfant de 0 à 7 ans se présentait sous la forme d'un petit carnet de santé avec des comptes-rendus à remplir par les différents professionnels de santé (pédiatre, chirurgien-dentiste ou médecin) tous les ans à partir de 1 an après une consultation bucco-dentaire. La consultation étant ainsi systématisée car le praticien doit suivre et remplir tous les items de la fiche.

Cette action n'a malheureusement pas pu être évaluée, et nous ne pouvons savoir quel impact elle a pu avoir sur la santé bucco-dentaire des tout petits et les connaissances des parents en matière de santé orale. (Pacorel, 2015).

Par ailleurs, de nombreuses actions de prévention sont menées dans la ville de Nancy avec la collaboration de la faculté d'Odontologie comme les Ateliers parents /enfants / personnel de crèche.

Les premiers ateliers ont eu lieu dans une crèche associative de Nancy : « La Souris Verte » et ont été testés sur deux ans.

Le premier atelier a pris place en février 2015 avec une dizaine de couples parents/enfant et membres du personnel venus participer. Il a eu lieu au sein d'une crèche associative. Les thèmes abordés concernaient uniquement la prise en charge de l'enfant (hygiène, traumatologie...), avec :

- Une mini conférence interactive d'environ 30-40 minutes avec présentation imagée ou photographiée via PowerPoint s'est déroulée au sein de la structure, les enfants se retrouvant dans leur lieu de garde habituel
- Des peluches pédagogiques dentées pour faire des démonstrations de brossage des dents ont été utilisées avec les enfants, préalablement à l'enseignement au brossage en « situation réelle avec les parents et les enfants »

Le second atelier a eu lieu en mars 2016 en présence d'une vingtaine de couples parents / enfant et membres du personnel présents des crèches associative « Souris verte » et « Les P'tits Gamins », avec :

- Un atelier brossage personnalisé en fonction de l'âge de l'enfant (les enfants avaient apporté leurs brosses à dents).
- Toujours la mini-conférence au sein de la structure
- Une distribution d'une plaquette mémo sur le brossage en fonction de l'âge et d'un tube de dentifrice.

Nous pouvons également parler des journées de promotion de la santé orale de la femme enceinte et du tout petit. Il s'agit d'une journée organisée au sein de la Maternité du CHRU de Nancy. Elle a eu lieu les 24 février 2015, 19 mai 2016, 30 mars 2017. Depuis 2 ans en parallèle de la journée européenne de la santé gingivale (soutenue par *l'European Federation of Periodontology*, et la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale), elle s'effectue non seulement sur Nancy (15 mai 2018), mais aussi sur l'hôpital de Mercy à Metz, à Montpellier, Rennes, Nantes, Toulouse, Colombes. Cette année, elle aura lieu le 14 mai 2019 à Nancy et le 16 mai à Mercy. Une équipe composée d'enseignants hospitalo-universitaires en Santé Publique, Odontologie Pédiatrique et Parodontologie, d'une sage-femme devenue chirurgien-dentiste et d'étudiants en odontologie (externes de 5^{ème} et 6^{ème} année, interne(s) en Médecine Bucco-dentaire et en Orthopédie Dento-Faciale) est intervenue auprès des patientes consultantes (femmes enceintes, consultations gynécologiques, d'aide médicale à la procréation et planning familial) et de leurs compagnons s'ils étaient présents. Ces journées avaient mais ont toujours pour objectif principal de fournir aux patientes consultantes de la maternité des informations en matière de santé orale et de répondre à leurs interrogations pour elles-mêmes et leur(s) enfant(s). Elles peuvent aussi prendre connaissance de l'existence du centre de soins dentaires du CHRU de Nancy, proche de la maternité et de ses consultations dédiées à la femme enceinte et allaitante, de même que des consultations Tout-petit (dès 1 an) sur l'antenne pédiatrique localisée sur l'Hôpital de Brabois.

La préparation des étudiants aux ateliers (cette année intégrée dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé) est réalisée grâce à des réunions préparatoires. Un fil conducteur rédigé par deux enseignantes de Santé Publique et d'Odontologie Pédiatrique est transmis afin d'assurer la validité des messages véhiculés et permettre à tous les intervenants d'avoir un discours standardisé. Divers supports pédagogiques sont mis à disposition : support imagé sur des tablettes numériques, démonstrations sur peluches et maxi-mâchoires, ateliers de brossage, dont électrique, avec la participation de représentants du groupe Oral B, partenaire de l'action, dépliants, posters, kakémonos, etc.

En parallèle, en 2015 et 2017, une présentation de 45 minutes en amphithéâtre, suivie d'un café-discussion et d'un tirage au sort de brosses à dents électriques, a été organisée par des enseignants en Odontologie (Santé Publique et Parodontologie) pour les professionnels de périnatalité afin d'insister sur le lien entre la santé bucco-dentaire et le bon déroulement de la grossesse. Des courriels avaient été adressés à tous, des flyers avaient été déposés au préalable dans les boîtes aux lettres, les salles de repos, à la cantine du personnel, etc.

Ces journées permettent la sensibilisation de plus de 100 patientes à chaque fois et sur chaque site. Ces interventions permettent également d'ouvrir le dialogue avec des professionnels de périnatalité (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, étudiantes sages-femmes, infirmières, etc.) renforçant ainsi des liens interprofessionnels.

Au cours de ces journées, un questionnaire d'évaluation des connaissances en santé orale (avant et après) est remis aux patientes qui se rendaient en consultation. L'étude des résultats de ces questionnaires a été réalisée dans le cadre du doctorat d'exercice en Odontologie soutenu en 2017 par le Dr Elisa Tramus et a permis d'identifier les sujets sur lesquels les femmes avaient été peu ou pas informées :

Pour la femme enceinte :

- Moins d'un quart des femmes interrogées savaient qu'il existe un lien entre les pathologies gingivales et un risque d'accouchement prématuré ou la naissance d'un bébé de petit poids.
- La possibilité pour le chirurgien-dentiste de réaliser des soins ou des avulsions au cours de la grossesse restait assez méconnue.
- Le chirurgien-dentiste peut effectuer des anesthésies locales au cours de la grossesse.
- Il peut également réaliser des radiographies dentaires sans risque pour le fœtus.
- Après un épisode de vomissement, il faut éviter de se brosser les dents dans l'heure qui suit et éventuellement se rincer la bouche avec un bain de bouche au bicarbonate de sodium ou à l'eau seule.

Pour le jeune enfant :

- Trois quarts des femmes interrogées ne savaient pas que la première consultation chez un chirurgien-dentiste doit avoir lieu vers un an.
- 20% des patientes ne savaient pas qu'une dent de lait pouvait se carier et
- 30% ne savaient pas qu'une dent de lait cariée pouvait être soignée.
- 40% des patientes de l'échantillon ne savent pas que le lait (préparations pour nourrisson) était naturellement sucré, de plus, 50% d'entre elles ne savaient pas que l'endormissement avec un biberon de liquide sucré en bouche pouvait augmenter le risque de caries chez l'enfant.
- 40% des patientes pensaient que seule la quantité de sucre ingérée primait et non la fréquence des prises sucrées.
- 25% des patientes interrogées testaient la température de la nourriture avec la cuillère de l'enfant or la transmission verticale des *streptococcus mutans* se fait essentiellement par des objets mis à la bouche de la mère puis à celle de l'enfant.

Le 20 mai 2017, une équipe enseignante (santé Publique et Odontologie pédiatrique) et étudiants en Odontologie a également participé au 3e Grand Atelier des Familles (Figures 21 et 22). Celui-ci était organisé, comme chaque année par l'Association La cour des parents, association à but non lucratif créée en septembre 2014, ayant pour objectif d'apporter aux parents Lorrains des ressources et un soutien dans le domaine de la parentalité bienveillante et respectueuse de l'humain et son environnement. Mini-conférences et ateliers parents-enfants sur la santé bucco-dentaire ont été animés toute la journée. Des questionnaires pour tester les connaissances des parents étaient proposés mais n'ont pas rencontré beaucoup de succès car seulement 15 ont été remplis (Voir annexes).



Figure 21 : Affiches pour le 3^{ème} Grand Atelier des Familles à Nancy en 2017





Accompagnés par les étudiants de la Faculté d'Odontologie de Nancy, le Dr Céline CLÉMENT (Maître de conférences - responsable du Département de Prévention et Santé Publique Odontologique), le Dr Stéphanie JAGER (Maître de conférences en Odontologie Pédiatrique) et le Dr Élixa TRAMUS (Chirurgien-Dentiste et Sage-Femme) animeront de 10h à 18h des ateliers pédagogiques, des démonstrations de brossage et répondront à toutes vos questions.



Deux conférences d'une heure vous seront proposées à 11h et à 15h, sur le thème :

« De la grossesse aux premières dents, pourquoi la prévention est-elle si importante ? »

Avec le crocodile Croqui et ses amis, venez tous compter les dents de vos petits.

N'oubliez pas d'apporter les brosses à dents des enfants !



Avec le soutien de CURADEN France www.curaprox.fr

Figure 22 : Affiche pour le Grand Atelier des Familles à Nancy en 2017

Depuis des années également, une équipe d'étudiants constituée et supervisée par un enseignant en Odontologie Pédiatrique (Madame le Docteur Droz) participe à la Semaine de la Petite Enfance sur une commune limitrophe de Nancy en animant des ateliers sur l'alimentation et l'hygiène bucco-dentaire.

En février 2018, à la demande de la direction des Établissements d'Accueil des Jeunes Enfants (EAJE), 11 directrices de crèches du CCAS (Centre Communal d'Action Social) de la ville de Nancy ont suivi une formation de 3h, dispensée par 2 enseignants en Odontologie Pédiatrique et Santé Publique (Docteurs Jager S et Clément C) dont les objectifs étaient les suivants :

- Découvrir les mécanismes d'apparition de la carie
- Connaître les méthodes de prévention d'apparition de la carie chez l'enfant de 0 à 3 ans
- Donner des outils à transmettre aux parents
- Savoir gérer une situation de traumatisme dentaire

Ce lien extrêmement dynamique entretenu entre la Faculté d'Odontologie de Lorraine et la Direction de la Petite Enfance de la Ville de Nancy a permis cette année d'intégrer les crèches du CCAS comme terrain de stage aux étudiants en service sanitaire en santé (SSES). 3 Halte - garderies et une crèche nancéienne ont accueilli des étudiants en Masso-kinésithérapie (2e année) et en Odontologie (4e année) pour animer des ateliers parents-enfants sur la santé bucco-dentaire et la prévention des plagiocéphalies.

Par ailleurs et dans le même cadre, des actions auprès des Relais d'assistantes maternelles des villes de Nancy, St Max, Essey - lès-Nancy (54) ont été menées sous la supervision du Dr Jager. Les actions menées depuis 2012 auprès du Centre Maternel (Clair Logis Les Sapins), du CHRS (Clair Logis), du Foyer parental du REMM (Réseau Éducatif de Meurthe et Moselle), de l'association U2AF54 (Union des Associations d'Aide à la Famille de Meurthe-et-Moselle) ont été reconduites, passant du cadre d'un enseignement optionnel dit libre co-dirigé par les Docteurs Clément et Jager, à celui de SSES.

Par le biais de la PMI, des actions ont été réinitialisées au sein des lieux d'accueil et d'écoute avec le Dr Droz. Une action SSES sous la responsabilité du Dr Clément et de Mme Henry, élève en dernière année de l'école d'Éducateur spécialisé, s'est encore déroulée au sein du DEFI (Dispositif Educatif Familial Intensif), outil du SAEMO (Service d'Action éducative en Milieu Ouvert) de l'association REALISE, une action, toujours sous le format atelier parents-enfants s'est tenue au sein du CADA d'Essey-Lès-Nancy (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) sous la responsabilité des Docteurs Clément et Scala-Bertola (référent SSES des étudiants en Médecine de Nancy), et une autre l'a été via le Relais Familles du Pays de Colombey (Familles Rurales) sous la responsabilité du Dr Fanget. Une association des Gens du Voyage est actuellement demandeuse d'actions de ce type tant la demande en santé bucco-dentaire et le non-recours aux soins demeurent importants chez les petits.

La mise en place récente du dispositif Service Sanitaire en Santé a véritablement créé un appel d'air, une prise de conscience de la possibilité d'interagir efficacement en prévention primaire et en promotion de la santé auprès des parents : les sollicitations croissantes méritent toutes d'être initiées, pensées, et formalisées.

Conclusion

Un groupe de travail Parentalité dirigé par Madame le Professeur Danièle Sommelet à la demande du Directeur Général de l'ARS Grand Est, Monsieur Christophe Lannelongue, s'est récemment constitué. Sa première réunion le 19 octobre 2018 a souligné le caractère prioritaire des réflexions à emmener sur la parentalité dans le parcours de santé de l'enfant et son projet de vie à l'âge adulte.

Ainsi, figurent en substance sur son premier compte-rendu :

« Les travaux actuels objectivent directement ou indirectement :

- La régression des politiques de santé publique chez l'enfant/adolescent, au profit d'un développement scientifique et technique, à l'origine des progrès notés dans la compréhension et le traitement des pathologies graves,
- La méconnaissance des droits de l'enfant et du contenu de la Convention internationale des droits de l'enfant (signée par la France en 1999),
- Le cloisonnement des interlocuteurs, tant au niveau de l'État, que des structures déconcentrées, des collectivités territoriales, des milieux associatifs privés et publics/privés,
- La formation insuffisante et hétérogène de l'ensemble des acteurs : professionnels de la santé, de la justice, de l'enseignement, de l'éducation, de la sociologie...
- L'hétérogénéité des méthodologies d'actions mises en œuvre, s'adressant aux parents seuls, ou aux parents et leurs enfants ainsi que l'absence ou le déficit fréquent de critères d'évaluation.

Certes, la qualité des interactions précoces entre parents et jeunes enfants est majeure pour l'avenir de leur développement (théorie de l'attachement, bienveillance, non maltraitance...), mais de nombreuses situations exigent de soutenir l'environnement parental et familial : maladies chroniques, situations de handicap, troubles du comportement, violence, délinquance, ruptures familiales, santé mentale, troubles des apprentissages, échec scolaire, addictions (tabac, alcool, drogues), exposition aux écrans, enfants adoptés, migrants, enfants de parents détenus...

Ajoutons à tous ces critères et situations relevant de la prévention et de la promotion de la santé les situations de précarité et de pauvreté responsables d'une inégalité d'accès aux soins (méconnaissance, crainte de stigmatisation...).

Il est indéniable que le futur de la prévention en matière de santé bucco-dentaire devra absolument s'articuler autour de la parentalité. L'éducation pour la santé " dominante " est aujourd'hui encore trop focalisée sur l'hygiène, sur les soins et insuffisamment sur les questions environnementales, sur le contexte de vie de la famille. »

Comme nous l'avons vu, le concept de parentalité est devenu indispensable dans les politiques de santé publique en France aujourd'hui. De nombreuses actions de promotion de la santé ont très bien inclus ce principe. Cependant en santé bucco-dentaire, des actions articulées autour des parents, de leur bien-être et de celui de leur enfant méritent d'être développées. La France manque de programmes standardisés, les actions restant limitées au niveau local. Il serait réellement important de les évaluer pour pouvoir valoriser les actions probantes concernant l'amélioration du bien-être, les compétences psychosociales, ... Il faudrait également étudier la transposabilité des expériences pertinentes venant de l'étranger (*Dental Home ; Lift the Lip...*). Santé Publique France recommande dans son répertoire des interventions en promotion de la santé la diffusion nationale des programmes de soutien à la parentalité SFP "*Strengthening Families Program*" et Triple P "*Positive Parenting Program*", cependant la prévention bucco-dentaire y est encore absente et reste nécessaire à développer.

La conception des actions de prévention obéit à une approche partielle car elles ne touchent qu'un certain nombre de facteurs, de déterminants. La prévention aujourd'hui en France, comme nous l'avons vu dans les différents programmes de soutien à la parentalité à l'international, ne doit plus se contenter de délivrer des informations, elle se doit d'être centrée sur la famille et pas seulement sur l'enfant. Les parents - le plus souvent absents dans les groupes de travail, les laboratoires d'idées - doivent être inclus et participer activement aux réflexions, aux actions, afin qu'ils puissent développer leurs compétences parentales, prendre confiance et devenir autonomes. Il est indispensable d'entendre le parcours des parents pour apporter des réponses, des préconisations à chaque étape.

À l'avenir, les actions de prévention en santé bucco-dentaire se devront d'être personnalisées, individualisées. Une relation de confiance instaurée précocement entre le praticien et les parents permettra un meilleur suivi et garantira une meilleure santé bucco-dentaire tout au long de la vie de l'enfant. La mise en place de programmes personnalisés pour les parents et leurs enfants, comme le « *dental home* », sont à encourager en France pour que la prévention bucco-dentaire soit au cœur de la Santé.

Bibliographie

1. AAFP (American Academy of Family Physicians), AAP (American Academy of Pediatrics), ACP (American College of Physicians), AOA (American Osteopathic Association). Joint principles of the patient-centered medical home [Internet]. 2007 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf
2. Adelante Healthcare. Patient Centered Medical Home [Internet] 2019 [Consulté le 6 mai 2019]. Disponible sur : <https://adelantehealthcare.com/for-patients/patient-centered-medical-%20home/>
3. Affsa (Agence française de sécurité sanitaire des aliments). Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents [Internet]. 2015 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/688.pdf>
4. Affsaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans [Internet]. 2008 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
5. AGECSA centres de santé. Programmes de prévention, bilan 2017 et perspectives 2018 [Internet] 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.agecsa.fr/documents/bilanprev2017.pdf>
6. Ailincal R, Barais AW. Les dispositifs d'éducation parentale destinés aux parents d'enfants d'âge pré-scolaire utilisant des vidéo/débats. Schweiz Z Bild.wiss. 2016 ; 38(2) : 319-340.
7. Aljafari AK, Scambler S, Gallagher JE, Hosey MT. Parental views on delivering preventive advice to children referred for treatment of dental caries under general anaesthesia: a qualitative investigation. Community dent health. 2014; 31(2): 75-79.
8. Allaire C, Ruel J. Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. La santé en action. 2017 ; 440 : 8-9.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Dental Home [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/d_dentalhome.pdf

10. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Early Childhood Caries (ECC) [Internet]. 2008 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent [Internet]. 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/oral-health-care-for-the-pregnant-adolescent/>
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care. *Pediatr Dent*. 2011; 37(6): 140-145.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and Infant Oral Health Care [Internet]. 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/perinatal-and-infant-oral-health-care/>
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_periodicity.pdf
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies [Internet] 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf
16. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the Dental Home [Internet] 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_DentalHome.pdf
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Workforce Issues and Delivery of Oral Health Care Services in a Dental Home [Internet] 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_workforceissues.pdf
18. American Academy of Pediatric Dentistry. The state of little teeth. Second edition. Chicago: Pediatric Oral Health Research and Policy Center; 2019. 32 p.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. The state of little teeth [Internet]. 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.aapd.org/assets/1/7/State_of_Little_Teeth_Final.pdf
20. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr*. 2017; 18(5): 157.

21. Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Les collations à l'école [Internet]. 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/les-collations-%C3%A0-l%E2%80%99C3%A9cole>
22. Arrow P, Raheb J, Miller M. Brief oral health promotion intervention among parent of young children to reduce early childhood dental decay. BMC public health 2013; 13: 245.
23. Association de soutien à la parentalité. La cour des parents [Internet] 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.lacourdesparents.fr/>
24. Association dentaire canadienne. L'état de santé bucco-dentaire au Canada [Internet]. 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.cda-adc.ca/etatdelasantebuccodentaire/>
25. Australian Dental Association. Australia's Oral Health Tracker [Internet] 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.vu.edu.au/sites/default/files/australias-oral-health-tracker-technical-paper.pdf>
26. Azevedo MS, Romano AR, Santos IS, Cenci M. Knowledge and beliefs concerning Early Childhood Caries from mothers of children ages zero to 12 months. Pediatr Dent. 2014; 36(3): 95-99.
27. Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre ML. La santé bucco-dentaire en France. adsp. 2005 juin ; (51) : 4-8.
28. Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Questions d'économie de la santé. 2005 ; 94 : 1-8.
29. Azogui-Lévy S, Rochereau T. Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. La santé de l'homme. 2012 janvier-février ; 417 : 5-6.
30. Banchereau C, Doussin A, Rochereau T, Sermet C. L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?. Questions d'économies de la santé. 2002 ; 57 : 1-6.
31. Barlow J, Sembu S, Gardner F, Macdonald G, Petrou S, Parsons H, et coll. An evaluation of the parents under pressure programme: a study protocol for an RCT into its clinical and cost effectiveness. Trials. 2013 Jul; 14: 210.
32. Bastard B. Ruptures familiales et soutien à la parentalité. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 93-108.

33. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(5): 304-7.
34. Bertrand C, Cotton L. Littérature en santé orale et impact de l'éducation des écoliers sur leurs parents : Étude prospective contrôlée transgénérationnelle. [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Rennes] : Université de Rennes 1. UFR d'Odontologie ; 2015. 105 p.
35. Besson J, Galtier M, Odier I. Petit parent deviendra grand. *Spirale.* 2004 ; 1(29) : 25-32.
36. Bogges KA, Edelstein BL. Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Matern Child Health J.* 2006 Sep; 10(Suppl 1): S169-S174.
37. Bogges KA. Maternal Oral Health in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008 Apr; 111(4): 976–986.
38. Bouregba A. Les troubles de la parentalité – Approche clinique et socio-éducative. Paris : Dunod ; 2004. 185 p.
39. Brodeur JM, Galarmeau C. L'atteinte de carie est déjà très importante dès l'entrée en maternelle. *JOQD.* 2006 ; (suppl Avril) : 3-5.
40. Brown RJ, De Banate MA, Rother K. Artificial Sweeteners: A systematic review of metabolic effects in youth. *Int J Pediatr Obes.* 2010; 5(4): 305–312.
41. Brunet F, Kertudo P, Ramos E. La parentalité adoptive : une parentalité « supérieure » ?. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 73-92.
42. Cadre pour la santé bucco-dentaire au Canada. Réduire les problèmes dentaires [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20FINAL%20-%20French.pdf>
43. Campéon A, Keppens D, Rothé C. Une mise en œuvre du soutien à la parentalité dans les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents en France. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p.167-190.
44. Canadian Academy of Health Sciences. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada [Internet]. 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.caahs-acss.ca/improving-access-to-oral-health-care-for-vulnerable-people-living-in-canada/?lang=fr>

45. CCAS (Caisse centrale d'activités sociales). Rapport d'activité [Internet] 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.nancy.fr/fileadmin/documents/Utile/Social%20et%20solidarit%C3%A9s/CCAS/Rapport-d_activite_Impression-2016.pdf
46. Centre for oral health strategy New South Wales. NSW early childhood health program evaluation [Internet]. 2010 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/Pages/ECOH-evaluation.aspx>
47. Centre for Oral Health Strategy NSW. NSW Little Smile-Dental Health Resource Package for Childcare Professionals [Internet]. 2010 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/Publications/nsw-little-smiles.pdf>
48. Cherqui G. La littératie s'invite à l'école. La santé en action. 2017 juin ; (440) : 17-19.
49. Child Trends. Oral Health Education Intervention [Internet] 2012 [Consulté le 6 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.childtrends.org/programs/oral-health-education-intervention>
50. Clément M, Bérubé A, Moreau J. Le modèle de la pédiatrie sociale en communauté et ses retombées sur le bien-être des familles : une étude pilote. La revue internationale de l'éducation familiale. 2016 ; 1(39) : 81-106.
51. Cochet C. Santé bucco-dentaire et grossesse : connaissances et attitudes des praticiens de périnatalité en Lorraine [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'Odontologie ; 2013. 135 p.
52. Cohen F, Eid A. 20 ans de prévention bucco-dentaire : évaluation qualitative et épidémiologique [Internet]. 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/8750471-20-ans-de-prevention-bucco-dentaire.html>
53. Çolak H, Dülgergil ÇT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. J Nat Sci Biol Med. 2013; 4(1): 29–38.
54. Conseil de l'Europe. La parentalité positive dans l'Europe contemporaine [Internet] 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/2006PositiveParentingMDrep_fr.pdf
55. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P et coll. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (5): 1-56.

- 56.CPS (Canadian Pediatric Society). Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants [Internet] 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/recours-au-fluor>
- 57.Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM. Challenges associated with the evaluation of a dental health promotion programme in a deprived urban area. *Community Dent Health*. juin 2007; 24(2): 117-21.
- 58.Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM, Blinkhorn AS. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health*. juin 2005; 22(2): 118-22.
- 59.Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *J Am Dent Assoc*. 2008; 139(Suppl): 18S-24S.
- 60.Delawarde C, Saïas T, Pisu F, Charest-Blzile D, Boisson M. Soutenir la parentalité : un nouveau défi économique et politique. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2016 ; 1(39) : 13-36.
- 61.Department of Health & Human Services. Evidence-based oral health promotion resource [Internet]. 2011 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Evidence-based-oral-health-promotion-resource-2011>
- 62.Dhull KS, Dutta B, Devraj IM, Samir PV. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018; 11(5): 435–439.
- 63.Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études & résultats*. 2017 ; 993 : 1-6.
- 64.Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études & résultats*. 2013 ; 847 : 1-6.
- 65.Dixter C, Fried I. Le scellement des puits et des sillons : un outil important pour le contrôle de la carie de l'enfance. *JOQD*. 2006 ; (Suppl avril) : 14-16.
- 66.Dowd FJ. Saliva and dental caries. *Dent Clin North Am*. 1999; 43(4): 579-597.
- 67.Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and Reporting Early Childhood Caries for Research Purposes. *J Public Health Dent*. 1999; 59(3): 192-197.

68. Dubois S. Les premières notions de la santé bucco-dentaire chez l'enfant : enquête dans les établissements scolaires de Montpellier [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Montpellier] : Université de Montpellier I. UFR d'odontologie ; 2013. 94 p.
69. Durey A, McAullay D, Gibson B, Slack-Smith L. Aboriginal Health Worker perceptions of oral health: a qualitative study in Perth, Western Australia. *Int J Equity Health*. 2016; vol.(15): 4.
70. Eid A, Adriaen C, Dib S. Evaluation du programme de prévention bucco-dentaire dans le Val-de-Marne [Internet]. 2011 [Non disponible].
71. European Food Safety Authority. Aspartame [Internet]. 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.efsa.europa.eu/fr/topics/topic/aspartame>
72. European Food Safety Authority. L'EFSA finalise l'évaluation complète des risques associés à l'aspartame et conclut à sa sécurité aux niveaux actuels d'exposition [Internet]. 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.efsa.europa.eu/fr/press/news/131210>
73. Ezer MS, Swoboda NA, Farkouh DR. Early Childhood Caries: The Dental Disease of Infants [Internet]. 2010 [consulté le jour mois année]. Disponible sur : <https://www.oralhealthgroup.com/features/early-childhood-caries-the-dental-disease-of-infants/>
74. Être parent. Une série de films pour expliquer les enfants [Internet] 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.etreparent.info/le-projet>
75. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité [Internet]. 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.federationsolidarite.org/images/stories/publics/enfance-famille/publications/00-Guide-parentalite-complet.pdf>
76. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et coll. Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*. 2007; 120(3): e510-20
77. Folliguet M, Bénétière P. Diet and caries in young children. *Rev Infirm*. 2004; (101): 29-30.
78. Folliguet M, Direction Générale de la santé. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans [Internet]. 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf

79. Freeman R, Stevens A. Nursing caries and buying time: an emerging theory of prolonged bottle feeding. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36(5): 425-433.
80. Gaberel PE. Instaurer des normes de bonne parentalité, les indicateurs statistiques des risques et du bien-être de l'enfant aux États-Unis. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 53-72.
81. Galarneau C, Brodeur JM. Cariogénicité et habitudes d'apaisement utilisées par les mères lors du coucher de leur enfant. *JODQ.* 2006 avril ; (Suppl) : 17-19.
82. Galmiche F. Le rôle de l'alimentation dans la santé bucco-dentaire [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté d'Odontologie ; 2011. 195 p.
83. Gao X, Chin Man Lo E, McGrath C, Mun Yin Ho S. Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental care in preschool children: study protocol for a randomized trial. *Trials.* 2013; 14: 118.
84. Garcia S. Construction de l'autonomie professionnelle et assignation des parents à une position de profanes dans les crèches parentales. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 229-244.
85. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ellis S, Bhole S, Ajwani S. Promoting oral health during pregnancy: current evidence and implications for Australian midwives. *J Clin Nurs.* 2010; 19(23-24): 3324-3333.
86. Giriraju A, Lakshminarayan N. Dental home: a concept for early and everlasting smile. *Sch.J. Dent. Sci.* 2017; 4(3): 121-124.
87. Girish Babu KL, Doddamani GM. Dental home: Patient centered dentistry. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2012; 2(1): 8-12.
88. Giuliani F. Eduquer les parents ? Les pratiques de soutien à la parentalité auprès des familles socialement disqualifiées. *Revue française de pédagogie.* 2009 ; 168 : 83-92.
89. Giuliani F. Mères « à l'essai » : analyse des processus de la catégorisation dans un dispositif de soutien à la parentalité de l'Ase. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 211-228.
90. Gloria M. 35% des Européens ont un niveau de littératie insuffisant en santé [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.deuxiemeavis.fr/blog/article/30-35-des-europeens-ont-un-niveau-de-litteratie-insuffisant-en-sante>

91. Gray-Burrows K.A, Owen J, Day P.F. Learning from good practice: a review of current oral health promotion materials for parent of young children. Br Dent J. 2017; 222(12): 937-943.
92. Guyancourt. École des parents [Internet] 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ville-guyancourt.fr/vivre-a-guyancourt/education/ecole-des-parents-de-guyancourt/>
93. Hamel MP, Lemoine S. Aider les parents à être parents [Internet]. 2012 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf>
94. Hartig U. Triple P : un programme de soutien à la parentalité efficace sur internet. [Internet]. 2015 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Hartig%20.pdf>
95. HAS (Haute Autorité de Santé). Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [Internet]. 2005 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_rap.pdf
96. HAS (Haute Autorité de Santé). Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [Internet]. 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/risque_carieux_synthese_recos.pdf
97. HAS (Haute Autorité de Santé). Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
98. HAS (Haute Autorité de Santé). Stratégie de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
99. Healthcare-news. Sugar levy must go toward prevention [Internet] 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.smile-onnews.com/news/view/sugar-levy-use?utm_source=Healthcare-Learning+Newsletter&utm_campaign=9af8ad332e-EMAIL_CAMPAIGN_2019_03_28_02_58_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_81659733b5-9af8ad332e-151097953

100. Houzelle N, Coulon N, Coum D, Mariage D, Neyrand G, Prévot O et coll. Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité [Internet]. 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>
101. Houzel D. Les enjeux de la parentalité [Internet]. 1996 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Dossiers/enjeux%20parentalite%20Houzel.pdf>
102. Huebner CE, Milgrom P. Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infant and young children. *Int J Dent Hyg.* 2015; 13(1): 65-73.
103. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Internet] 2012 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
104. ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire : coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale [Internet] 2013 [consulté le 20 Avril 2019]. Disponible sur : https://secure.cihi.ca/free_products/Dental_Caries_Report_fr_web.pdf
105. Irvine JD, Holve S, Krol D, Schroth R, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé des premières nations, des Inuits et des Métis. La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones [Internet]. 2011 [consulté 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/sante-buccodentaire-autochtones>
106. Jager S, Darsat C, Droz D. Sensibilisation à la santé bucco-dentaire du tout-petit. *Actualités pharmaceutiques.* 2018 ; 57(579) : 35-40
107. Julien M. Comment nourrir nos enfants pour qu'ils conservent des dents saines. *JODQ.* 2006 avril ; (Suppl) : 20-24.
108. Jouret D, Terwangne MC. En Belgique, des images pour accompagner les parents au quotidien. *La santé en action.* 2017 ; 440 : 31-32.
109. Kandan PM, Menaga V, Kumar RRR. Oral health in pregnancy (Guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Pak Med Assoc.* 2011; 61(10): 1009-1014.
110. Kandelman D, Ouatik N. Prévention de la carie de la petite enfance (CPE). *JODQ.* 2006 avril ; (Suppl) : 9-13.

111. Karki AJ, Thomas DR, Chestnutt IG. Why has oral health promotion and prevention failed children requiring general anaesthesia for dental extractions ?. Community Dent Health. 2011; 28(4): 225-258.
112. Kierce EA, Boyd LD, Rainchuso L, Palmer CA, Rothman A. Association between Early Childhood Caries, Feeding Practices and an Established Dental Home. J Dent Hyg. 2016; 90(1): 18-27.
113. Klein J P. La santé dentaire au long cours : les inégalités durant la petite enfance persistent-elles à l'âge adulte ? Analyse de la littérature [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nantes] : Université de Nantes. Unité de formation et de recherche d'Odontologie ; 2014. 48 p.
114. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. Br Dent J. 26 févr 2000; 188(4): 201-5.
115. Lalloo R, Tadakamadla SK, Kroon J, Tut O, Kularatna S, Boase R et coll. Salivary characteristics and dental caries experience in remote Indigenous children in Australia: a cross-sectional study [Internet]. 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0692-2>
116. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir. 2009 ; 1(21) : 31-60.
117. Lamour M, Barraco M. Souffrance autour du berceau. Paris : Gaëtan Morin ; 1998. 277 p.
118. Lang T. Inégalités sociales de santé. Les Tribunes de la santé. 2014 ; 2(43) : 31-38.
119. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 [Internet] 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
120. Le Pape MC. Qu'est-ce qu'un bon parent ? Analyse des images véhiculées par les affiches et brochures des campagnes de santé publique. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 29-52.
121. Les amis de mon jardin [Internet] 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://lesamisdemonjardin.net/>

122. Lindsay G, Strand S, Davis H. A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: the parenting early intervention pathfinder (PEIP). BMC Public Health. 2011; 11: 962.
123. Lupi-Pégurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M. Épidémiologie de la carie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale. 2009 : 1-13.
124. Lynge Pedersen AM, Belstrom D. The role of natural salivary defences in maintaining a healthy oral microbiota. J Dent. 2019; 80(suppl 1): S3-S12.
125. Madrid C, Abarca M, Bouferrache K, Gehri M, Bodenmann P, Pop S. Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé. Rev Med Suisse. 2012 ; 8 : 764-768.
126. Maher L, Phelan C, Lawrence G, Dawson A, Torvaldsen S, Wright C. The Early Childhood Oral Health Program: promoting prevention and timely intervention of early childhood caries in NSW through shared care. Health Promotion Journal of Australia. 2012; 23(3): 171-176.
127. Martin C. Gouverner la parentalité ; gouverner par les parents [Internet]. 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01575377>
128. Martin C. Le soutien à la parentalité : généalogie et contours d'une politique publique émergente [Internet] 2012 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00949150/document>
129. Martin C. Mais que font les parents ? Construction d'un problème public. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p. 9-28.
130. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les inégalités de santé bucco-dentaires [Internet]. 2015 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/les-inegalites-de-sante-bucco-dentaires>
131. Morris AJ, Nuttall NM, White DA, Pitts NB, Chestnutt IG, Evans D. Patterns of care and service use amongst children in the UK 2003. Br Dent J. 2006; 200(8) : 429-434.
132. Msefer S. importance du diagnostic précoce de la carie de la petite enfance. JODQ. 2006 avril; (Suppl) : 6-8.

133. New South Wales government. Early childhood oral health guidelines for child health professionals. 3rd edition [Internet]. 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_020.pdf
134. New York State Department of Health. Oral Health Care during Pregnancy and Early Childhood Practice Guidelines [Internet]. 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>
135. Neyrand G. Visée sécuritaire et managériale, ou soutien et accompagnement des parents : les paradoxes d'une gestion néolibérale de la famille. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p.137-150.
136. Nishide R, Mizutani M, Tanimura S, Kudo N, Nishii Takayuki, Hatashita H. Homecare protective and risk factors for early childhood caries in japan. Environmental Health and Preventive Medicine [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30400771>
137. Nowak AJ, Casamassimo PS. The dental home: a primary care oral health concept. J Am Dent Assoc. 2002; 133(1): 93-98.
138. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet] 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
139. Ordre des dentistes du Québec. La carie de la petite enfance [Internet]. 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.odq.qc.ca/portals/5/fichiers_publication/dossiersante/cariespetiteenfance/supplement_carie.pdf
140. Pacorel C. Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie ; 2015. 213 p.
141. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM et coll. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med. 2016; 12(6): 785–786.
142. Patient-centered primary care collaborative. Defining the medical home, a patient-centered philosophy that drives primary care excellence [Internet] 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.pcpcc.org/about/medical-home>

143. Patureau-Hauchard A. Prévention des risques bucco-dentaires chez le nourrisson : étude épidémiologique parisienne évaluant les connaissances et les comportements d'hygiène orale d'une mère à la naissance de son enfant [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Paris] : Université Paris Descartes. Faculté de chirurgie dentaire ; 2008. 68 p.
144. Pesce JP, Mathieu I, Gaultier S. Le SASEP : une aide aux enfants et à la parentalité. Retour sur dix ans d'expériences au travers du témoignage de parents. *Empan*. 2016 ; 2(102) : 71-77.
145. Plutzer K, Keirse MJNC. Incidence and prevention of early childhood caries in one- and two-parent families [Internet]. 2010 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20533911>
146. Pothet J. Le comité national de soutien à la parentalité : ethnographie de l'élaboration d'une politique publique. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p.109-136.
147. Programme National Nutrition Santé. De 6 mois à 3 ans [Internet]. 2015 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans>
148. Public Health England. Child oral health: applying All Our Health [Internet] 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/publications/child-oral-health-applying-all-our-health/child-oral-health-applying-all-our-health>
149. Metro South Health. Lift the Lip [Internet] 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://metrosouth.health.qld.gov.au/innovationcentral/project/lift-the-lip>
150. Réseau français des Villes santé de l'OMS. Réduction des inégalités sociales de santé, les villes agissent dès l'enfance [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2018-Ouvrage-ISS-Petite-Enfance-VF-Haute-Def.pdf>
151. Réseau français des Villes-santé de l'OMS. Santé et parentalité, l'approche des villes [Internet]. 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_parentalite_sante-1.pdf
152. Richard C, Lussier MT. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale*. 2009 ; 10(2) : 123–130.
153. Roehrig C, Pradier C. Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé publique*. 2017 ; 5(29) : 643-653.

154. Roehrig C. Soutien à la parentalité: une étude d'implantation du programme strengthening families program en France. *Dépendances* 2014, 50: 16-19.
155. Rowan-Legg A, Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. Les soins bucco-dentaires des enfants- un appel à l'action [Internet] 2013 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/soins-buccodentaires-des-enfants>
156. Ruel J, Allaire C, Moreau AC. Un référentiel pour une information accessible à tous. *La santé en action*. 2017 ; 440 : 14-16.
157. Ruel J, Moreau AC. Pour mieux définir la littératie !. *La santé en action*. 2017 ; 440 : 10.
158. Santa-Cruz S. Risque carieux et prévention bucco-dentaire chez l'enfant : intérêt d'un brossage dentaire à l'école le midi. [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Lyon 1] : Université Claude Bernard. UFR d'Odontologie ; 2012. 55 p.
159. Santé Publique France. Répertoires des interventions en promotion de la santé [Internet] 2019 [Consulté le 6 mai 2019]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/registre_interventions/liste.asp
160. Sas-Barondeau M. Les malentendus de la parentalité. Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p.191-210.
161. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*. 2004; 114(4): 418-423.
162. Sellenet C. La parentalité décryptée. Pertinences et dérives d'un concept. Paris : L'Harmattan, 2007. 60 p.
163. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school. *Br Dent J*. 2006; 201(10): 625-626.
164. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral Health During Pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008; 77(8): 1139-1144.
165. Société Canadienne de Pédiatrie. De saines habitudes de sommeil pour votre bébé et votre enfant [Internet]. 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/healthy_sleep_for_your_baby_and_child

166. Société française de santé publique. Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé, séminaire du 12 septembre 2016 [Internet]. 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra-iss-1ersem0218.pdf
167. Société française de santé publique. Rapport d'enquête : Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions ! [Internet]. 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf
168. South Australia Health. Lift the lip screening [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs/oral+health+programs/population+oral+health+program/lift+the+lip+screening>
169. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé [Internet] 2016 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=148760
170. Stevens J, Iida H, Ingersoll G. Implementing an Oral Health Program in a Group Prenatal Practice. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007; 36(6): 581-591.
171. Tasmanian Government. Population Health Program – Lift the Lip [Internet] 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.dhhs.tas.gov.au/oralhealth/oral_health_promotion/lift_the_lip
172. Terrisse B, Larivée SJ, Kalubi JC. Présentation du dossier. Soutien à la parentalité : les attentes des parents. La revue internationale de l'éducation familiale. 2008 ; 1(23) : 9-13.
173. Terrisse B, Larivée SJ, Kalubi JC. Soutien à la parentalité : les attentes des parents. La revue internationale de l'éducation familiale. 2008 ; 1(26) : 9-13.
174. Tramini P, Bourgeois D. Épidémiologie de la carie. EMC médecine buccale. 2017 ; 12(6) : 1-15.
175. Tramus E. Éducation à la santé orale, de la grossesse à la petite enfance : théorie et pratique [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nancy-Metz] : Université de Lorraine. Faculté d'Odontologie ; 2016. 161 p.
176. Triple P. Programme de pratiques parentales positives pour tous les parents [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Triple%20P_brochure%20information%20%283%29.pdf

177. Triple P Suisse. De petits pas pour de grandes différences [Internet]. 2019 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : http://www.triplep.ch/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=213&Itemid=287&lang=fr
178. Tungare S, Paranjpe AG. Baby Bottle Syndrome [Internet]. 2018 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/#__NBK535349_ai__
179. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). La prévention bucco-dentaire en France, un tournant à prendre. Préconisations de l'UFSBD [Internet]. 2012 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>
180. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). La prévention bucco-dentaire en France, un tournant à prendre [Internet]. 2012 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>
181. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, en 2006 [Internet]. 2006 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
182. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). La santé bucco-dentaire démarre avant 3 ans. Pratiques dentaires. 2013 : 32-38.
183. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). Maladies carieuses, sensibiliser dès le plus jeune âge. Pratiques dentaires. 2013 : 42-46.
184. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La santé en action. 2017 ; 440 : 11-13.
185. Vandenbroeck M, Roets G, Geens N. Les politiques parentales à la flamande (gezinsondersteuning). Dans : Martin C. « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2014. p.151-166.
186. Veale M, Ajwani S, Johnson M, Nash L, Patterson T, George A. The early childhood oral health program: a qualitative study of the perceptions of child and family health nurses in South Western Sydney, Australia. BMC Oral Health. 2016; 16(n°): 56.

187. Veilleux G, Généreux M, Durocher J, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) de la naissance à 29 mois, comportements parentaux à l'égard de la santé bucco-dentaire des enfants. Institut de la statistique Québec. 2002 ; 2(6) : 1-53.
188. Venkataraghavan K, Panchal CP, Kaur M, Trivedi K, Shah S. Triple P-positive parenting program: Role of parent's in enhancing positive attitude and behavior in children. *Int J Contemp Dent*. 2016; 7: 1-4.
189. Vérité E. La parentalité commence avant la naissance. *La Santé de l'Homme*. 2003 septembre-octobre ; (367) : 30-32.
190. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc*. 2006; 137(6): 789-793.
191. Western Dental & Orthodontics. Every tooth deserves a home [Internet] 2019 [Consulté le 6 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.westerndental.com/en-us/about-us/your-dental-home>
192. Widen E, Siega-Riz AM. Prenatal Nutrition: A Practical Guide for Assessment and Counseling. *J Midwifery Womens Health*. 2010 Nov-Dec; 55(6): 540–549.
193. Wilson M. Lift the Lip: an assessment tool for childhood dental decay [Internet]. 2017 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.wcmt.org.uk/sites/default/files/report-documents/Wilson%20M%20Report%202016%20Final.pdf>
194. Whittaker R, Matoff-Stepp S, Meehan J, Kendrick J, Jordan E, Stange P et coll. Text4baby: Development and Implementation of a National Text Messaging Health Information Service. *Am J Public Health*. 2012 December; 102(12): 2207–2213.
195. Whittle JG, Whitehead HF, Bishop CM. A randomised control trial of oral health education provided by a health visitor to parents of pre-school children. *Community Dent Health*. mars 2008;25(1): 28-32.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire numéro 1 proposés lors du 3^e grand atelier des familles en 2017.

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT

THÈSE D'EXERCICE EN ODONTOLOGIE - MARGAUX DOVEZE



Questionnaire 1

Ce questionnaire entièrement anonyme sera exploité dans le cadre d'une thèse d'exercice en Odontologie (Aide à la parentalité et santé bucco-dentaire). Nous vous remercions de votre participation.

NOM et PRENOM :

N° Anonymat :

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT :

1. Âge :

2. Nationalité :

3. Niveau d'étude :

Primaire ☐ Brevet ☐ Baccalauréat ☐ Diplôme d'enseignement supérieur ☐

Autres ☐

4. Sexe :

5. Âge de votre/vos enfants si vous êtes déjà parent ?

-
-
-
-

6. Avez-vous déjà reçu des informations sur la santé bucco-dentaire (bouche et dents) :

- en général : oui ☐ non ☐

- sur celle de votre enfant : oui ☐ non ☐

Si oui, qui vous a transmis ces informations ?

Chirurgien-Dentiste ☐ Médecin généraliste ☐ Gynécologue-Obstétricien ☐

Pédiatre ☐ Pharmacien ☐ Sage-femme ☐

Autre :

7. À votre avis, une femme peut-elle consulter un chirurgien-dentiste quand elle est enceinte ?

-pour un contrôle ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

-en cas de douleur ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

8. Si nécessaire, le chirurgien-dentiste peut au cours de la grossesse (sans risque pour le bébé) :

- réaliser des soins ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

- enlever des dents ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

- réaliser une anesthésie locale ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

-réaliser des radiographies des dents ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

9. Selon vous, avons-nous naturellement des bactéries présentes dans la bouche ?

vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

10. Selon vous, à quel âge un enfant doit-il consulter pour la première fois un chirurgien-dentiste ?

Dès l'apparition de la 1^{ère} dent ☐ Dès 1 an ☐ Dès 2 ans ☐ Dès 3 ans ☐

Après 3 ans ☐ Après 6 ans ☐ Ne sait pas ☐

11. Peut-on nettoyer les gencives de son enfant ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui :

☐ Avant l'apparition des dents

☐ Dès la 1^{re} dent

☐ À 1 an

☐ À 2 ans

☐ Plus tard

12. Selon vous, à quel âge doit-on commencer à nettoyer les dents d'un enfant :

Dès la 1^{re} dent ☐ À 1 an ☐ À 2 ans ☐ À 3 ans ☐ Après 3 ans ☐

Ne sait pas ☐

13. Selon vous, à quel âge doit-on commencer à utiliser un dentifrice :

Dès l'apparition de la 1^{ère} dent ☐ Dès 1 an ☐ Dès 2 ans ☐ dès 3 ans ☐

Ne sait pas ☐

14. Quel type ?

Fluoré ☐ Non fluoré ☐ Autres : ☐

Ne sait pas ☐

15. Une dent de lait peut-elle se carier ? Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

16. Si vous pensez qu'une dent de lait peut se carier :

-cela peut-il faire mal ? Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

-la carie peut-elle être soignée par un chirurgien-dentiste ?

Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

-la carie peut-elle affecter la dent définitive qui la remplacera ?

Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

17. La principale cause de carie est (une seule réponse possible) :

- ☐ La quantité de sucre avalé
- ☐ La fréquence à laquelle le sucre est avalé
- ☐ Autre. Préciser :

18. Le lait maternel ou celui pour préparer les biberons peut-il favoriser la formation de caries ?

- Vrai ☐
- Faux ☐
- Ne sait pas ☐

19. Laisser son bébé s'endormir avec un biberon de lait en bouche peut-il augmenter le risque d'apparition de caries ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne sait pas ☐

20. Laisser son bébé s'endormir au sein peut-il augmenter le risque d'apparition de caries ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne sait pas ☐

21. Un biberon de liquide sucré (sirop, soda, lait chocolaté ...) peut-il entraîner l'apparition de caries chez l'enfant dès 1 an ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne sait pas ☐

22. Comment vérifiez-vous (ou vérifieriez-vous) la température de la nourriture (solide ou liquide) de votre bébé ?

- ☐ En la goûtant avec sa cuillère/sa tétine
- ☐ En la goûtant avec votre doigt
- ☐ Autre. Précisez :

23. Si la tétine de mon enfant tombe par terre, avant de lui la redonner :

- ☐ Je la nettoie avec ma salive
- ☐ Je la passe sous l'eau
- ☐ Je la lave avec du produit vaisselle à l'eau
- ☐ Je la stérilise

24. Si votre enfant tombe sur ses dents, vous allez consulter votre chirurgien-dentiste :

- ☐ Dès que possible
- ☐ Dans la semaine
- ☐ En cas de douleur
- ☐ Seulement si la dent change de couleur
- ☐ Ne sait pas

Annexe 2 : Questionnaire numéro 2 proposés lors du 3^e Grand Atelier des Familles en 2017.

THÈSE D'EXERCICE EN ODONTOLOGIE - MARGAUX D'OVEZE

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT



Questionnaire 2

Ce questionnaire entièrement anonyme sera exploité dans le cadre d'une thèse d'exercice en Odontologie (Aide à la parentalité et santé bucco-dentaire). Nous vous remercions de votre participation.

NOM et PRENOM :

N° Anonymat :

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT :

1. À votre avis, une femme peut-elle consulter un chirurgien-dentiste quand elle est enceinte ?

-pour un contrôle ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

-en cas de douleur ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

2. Si nécessaire, le chirurgien-dentiste peut au cours de la grossesse (sans risque pour le bébé) :

- réaliser des soins ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

- enlever des dents ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

- réaliser une anesthésie locale ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

-réaliser des radiographies des dents ? vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

3. Selon vous, avons-nous naturellement des bactéries présentes dans la bouche ?

vrai ☐ faux ☐ ne sait pas ☐

4. Selon vous, à quel âge un enfant doit-il consulter pour la première fois un chirurgien-dentiste ?

Dès l'apparition de la 1^{ère} dent ☐ Dès 1 an ☐ Dès 2 ans ☐ Dès 3 ans ☐

Après 3 ans ☐ Après 6 ans ☐ Ne sait pas ☐

5. Peut-on nettoyer les gencives de son enfant ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui : ☐ Avant l'apparition des dents

☐ Dès la 1^{ère} dent

☐ À 1 an

☐ À 2 ans

☐ Plus tard

6. Selon vous, à quel âge doit-on commencer à nettoyer les dents d'un enfant :

Dès la 1^{ère} dent ☐ À 1 an ☐ À 2 ans ☐ À 3 ans ☐ Après 3 ans ☐

Ne sait pas ☐

7. Selon vous, à quel âge doit-on commencer à utiliser un dentifrice :

Dès l'apparition de la 1^{ère} dent ☐ Dès 1 an ☐ Dès 2 ans ☐ dès 3 ans ☐

Ne sait pas ☐

8. Quel type ?

Fluoré ☐ Non fluoré ☐ Ne sait pas ☐ Autres : _____

9. Une dent de lait peut-elle se carier ? Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

10. Si vous pensez qu'une dent de lait peut se carier :

-cela peut-il faire mal ? Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

-la carie peut-elle être soignée par un chirurgien-dentiste ?

Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

-la carie peut-elle affecter la dent définitive qui la remplacera ?

Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

11. La principale cause de carie est (une seule réponse possible) :

☐ La quantité de sucre avalé

☐ La fréquence à laquelle le sucre est avalé

☐ Autre. Préciser : _____

12. Le lait maternel ou celui pour préparer les biberons peut-il favoriser la formation de caries ?

Vrai ☐ Faux ☐ Ne sait pas ☐

13. Laisser son bébé s'endormir avec un biberon de lait en bouche peut-il augmenter le risque d'apparition de caries ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

14. Laisser son bébé s'endormir au sein peut-il augmenter le risque d'apparition de caries ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

15. Un biberon de liquide sucré (sirop, soda, lait chocolaté ...) peut-il entraîner l'apparition de caries chez l'enfant dès 1 an ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

16. Comment vérifiez-vous (ou vérifieriez-vous) la température de la nourriture (solide ou liquide) de votre bébé ?

☐ En la goûtant avec sa cuillère/sa tétine

☐ En la goûtant avec votre doigt

☐ Autre. Précisez : _____

17. Si la tétine de mon enfant tombe par terre, avant de lui la redonner :

☐ Je la nettoie avec ma salive

☐ Je la passe sous l'eau

☐ Je la lave avec du produit vaisselle à l'eau

☐ Je la stérilise

18. Si votre enfant tombe sur ses dents, vous allez consulter votre chirurgien-dentiste :

☐ Dès que possible

☐ Dans la semaine

☐ En cas de douleur

☐ Seulement si la dent change de couleur

☐ Ne sait pas

Annexe 3 : Photographies prises lors du 3^e Grand Atelier des Familles en 2017.



DOVEZE Margaux – Soutien à la parentalité et réduction des inégalités sociales en santé bucco-dentaire

Nancy 2019 : 119 pages ; 22 figures

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2019

Mots clés :

- Parentalité
- Prévention
- Carie de la petite enfance
- Santé bucco-dentaire
- accompagnement à la parentalité

Résumé :

Ce travail s'intéresse à la parentalité, au soutien et à l'accompagnement des parents. Si ce concept est aujourd'hui incontournable dans le domaine de la santé publique, il reste cependant peu abordé en prévention bucco-dentaire.

La France est aujourd'hui encore le lieu d'importantes inégalités sociales en santé bucco-dentaire malgré la nette amélioration de ces dernières décennies. Ce travail nous permet de montrer comment le soutien à la parentalité permet d'endiguer une maladie comme la carie de la petite enfance, maladie très influencée par les facteurs socio-économiques de la famille de l'enfant.

La France manque de programmes standardisés, les actions restant limitées au niveau local. L'éducation pour la santé " dominante " est aujourd'hui encore trop focalisée sur l'hygiène, sur les soins et insuffisamment sur les questions environnementales, sur le contexte de vie de la famille. Ce travail nous permet de montrer que l'adaptation française de programmes standardisés, éprouvés à l'international, serait intéressante. De plus, de nombreuses initiatives de soutien à la parentalité existent en France, et mériteraient d'être après évaluation et étude de transposabilité, élargies au domaine de la santé bucco-dentaire de l'enfant et de ses parents.

Membres du jury :

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des universités	Président
Dr. C. CLÉMENT	Maître de Conférences	Directrice de thèse
Dr. D. DROZ	Maître de Conférences	Juge
Dr. M. HERNANDEZ	Maître de Conférences	Juge

Adresse de l'auteur :

Margaux DOVEZE
20 rue de Crévéchamps
54740 Saint Remimont

Jury : Président : J.-M. MARTRETTE – Professeur des universités
 Juges : C. CLÉMENT – Maître de conférences des universités
 D. DROZ – Maître de conférences des universités
 M. HERNANDEZ – Maître de conférences des universités

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire

Présentée par : **Mme Margaux DOVEZE**

Né(e) à : Laxou (Meurthe et Moselle)

le **24 décembre 1991**

et ayant pour titre : **«Soutien à la parentalité et réduction des inégalités sociales en santé bucco-dentaire».**

Le président du jury

Le doyen,
de la faculté d'odontologie de Lorraine

J.-M. MARTRETTE

J.-M. MARTRETTE

autorise à soutenir et imprimer la thèse

10689

NANCY, le – **6 MAI 2019**

Le président de l'université de Lorraine


P. MUTZENHARDT