



HAL
open science

L'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle : comment veiller sur la santé buccodentaire des enfants placés ?

Marion Marchal

► To cite this version:

Marion Marchal. L'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle : comment veiller sur la santé buccodentaire des enfants placés ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. hal-03298223

HAL Id: hal-03298223

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298223v1>

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 DE NANCY – METZ

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2020

N°11088

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Marion MARCHAL

Née le 24/01/1993 à Saint-Dié-des-Vosges (88)

**L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE EN MEURTHE-ET-
MOSELLE : COMMENT VEILLER SUR LA SANTÉ
BUCCODENTAIRE DES ENFANTS PLACÉS ?**

Présentée et soutenue le 28 mai 2020

Examineurs de la thèse :

Pr. J.M. MARTETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. S. JAGER</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Dr. A.S. VAILLANT	Maître de Conférences	Juge
Dr. Q. LEFAURE	Assistant hospitalo-universitaire	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 propre 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 HOMBOURGER Morgane	Assistante
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme FANGET Alexia	Assistante
	M. VANDE VANNET Bart	Maître de conférences associé *
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme SENG Marilyne	Assistante *
	Mme CLÉMENT Céline	Maître de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
Département parodontologie Sous-section 57-01	M. VEYNACHTER Thomas	Assistant
	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-THIBAUT Julie	Maître de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
	M. CHAPUIS Hippolyte	Assistant*
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme KICHENBRAND Charlène	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	Maître de conférences *
	M. MORTIER Éric	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. VINCENT Marin	Maître de conférences*
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. GRABER Clément	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 *
	M. CIESLAK Steve	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Enseignant univ. – praticien attaché
	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M. SYDA Paul-Marie	Assistant
	Mme WILK Sabine	Assistante
	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 18/11/2019

Remerciements

À notre président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Habilité à diriger des Recherches

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'Odontologie de Lorraine

Chevalier des Palmes Académiques

Sous-section : Biologie orale

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

Nous vous sommes reconnaissants de votre engagement envers notre formation et les étudiants de la faculté.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Stéphanie JAGER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, en sciences des matériaux

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Odontologie Pédiatrique

Vous nous faites l'honneur de diriger notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir suggéré ce sujet pour lequel nous avons déjà beaucoup d'intérêt et de nous avoir conseillé pendant sa rédaction.

Merci pour ces années d'enseignements, tant sur le plan théorique que pratique, et tout particulièrement lors de notre stage de 6e année qui nous a donné envie de nous intéresser davantage à l'odontologie pédiatrique.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude.

À notre juge,

Madame le Docteur Anne-Sophie VAILLANT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine – Spécialité Sciences des Matériaux

Ancienne interne en odontologie

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Vice-doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Sous-section : Prothèses

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre jury de thèse.
Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu
porter à notre travail.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute notre estime
et de notre gratitude pour vos enseignements durant notre
cursus ainsi que pour vos qualités pédagogiques.

À notre juge,

Monsieur le Docteur Quentin LEFAURE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section : Odontologie Pédiatrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury.
Nous avons eu l'occasion de profiter de votre enseignement clinique pendant notre stage au sein du service d'odontologie pédiatrique en 5^e et 6^e année et nous vous remercions de nous avoir transmis votre expérience.
Pour votre gentillesse et votre bonne humeur, veuillez trouver dans ce travail nos plus sincères remerciements.

Sommaire

Liste des figures

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Introduction

1. L'aide sociale à l'enfance

1.1. Contexte

1.2. La protection de l'enfance aujourd'hui en France

1.3. Le placement de l'enfant

1.4. Conduite à tenir destinée au chirurgien-dentiste en cas de maltraitance avérée ou suspicion de maltraitance

2. La santé buccodentaire des enfants placés

2.1. L'alimentation

2.2. L'hygiène buccodentaire

2.3. La succion non nutritive

2.4. La consultation auprès d'un dentiste

2.5. Les traitements orthodontiques

2.6. L'accès à la prévention : la mise en place d'interventions auprès d'établissements du Grand Nancy

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Liste des figures

Figure 1 : traitement d'une information préoccupante à la CEMMA.....	20
Figure 2 : tour d'abandon représenté par une gravure (à gauche) et une photographie du tour de l'hospice générale de Rouen (à droite)	25
Figure 3 : carte du respect des droits de l'enfant dans le monde	33
Figure 4 : évolution du nombre des ménages rencontrés par le service social départemental.....	35
Figure 5 : schéma de fonctionnement du recueil, d'évaluation et du traitement des informations préoccupantes.....	36
Figure 6 : évolution des mesures d'ASE de 1996 à 2017 en France	40
Figure 7 : évolution des mesures de placement de 1996 à 2017 en France	46
Figure 8 : répartition géographique des unités du REMM.....	53
Figure 9 : évolution du nombre et de la répartition par mode d'hébergement des enfants confiés à l'ASE.....	55
Figure 10 : messages clés issus de la fiche mémo « maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ».....	60
Figure 11 : modèle type de signalement mis à disposition par la HAS	62
Figure 12 : arbre décisionnel à destination du chirurgien-dentiste en cas de maltraitance avérée ou suspicion de maltraitance d'un enfant	63
Figure 13 : diagramme de la trilogie de Keyes	65
Figure 14 : courbe de Stephan	66
Figure 15 : érosion prononcée des tissus dentaires	67
Figure 16 : différentes formes de la carie de la petite enfance : des leucomes précaireux (taches blanches) et caries aux collets des dents (à gauche) jusqu'au délabrement coronaire important associé à des abcès (à droite)	72
Figure 17 : fiche sur l'impact de l'alimentation dans la formation des lésions carieuses et sur l'importance d'une alimentation variée.....	78
Figure 18 : exemples de brosses à dent adaptées (de gauche à droite) pour les enfants âgés de moins de 2 ans, de 3 à 6 ans, de 7 à 9 ans et plus de 10 ans (marque Gum®)	81
Figure 19 : comparaison entre une brosse à dents usée dont les brins sont pliés et décolorés et une brosse à dents neuve dont les brins sont parallèles.....	82

Figure 20 : dentifrices pour les enfants de moins de 6 et plus de 6 ans, disponibles en magasin et pharmacie	83
Figure 21 : mouvement horizontal à effectuer pour le brossage des dents pour les enfants de moins de 6 ans.....	85
Figure 22 : position privilégiée pour réaliser le brossage des dents d'un enfant jusque 6 ans.....	85
Figure 23 : mouvement rotatif à effectuer et chemin à suivre pour le brossage des dents pour les enfants de plus de 6 ans	86
Figure 24 : application de révélateur de plaque mono-teinte Dento Plaque Inava® (à gauche) et tri-teinte Tri Plaque ID® du laboratoire GC (à droite).....	86
Figure 25 : révélateurs de plaque disponibles en vente libre en pharmacie : sous forme de gouttes (Dento-Plaque de chez Inava®) et de comprimés (Gum®).....	87
Figure 26 : dentifrice révélateur de plaque de la marque Elgydium.....	87
Figure 27 : utilisation d'une brossette interdentaire	88
Figure 28 : fiche rappelant les éléments essentiels du brossage des dents	90
Figure 29 : synthèses des conseils concernant la santé buccodentaire de l'enfant de moins de 6 ans	91
Figure 30 : les différents plans de références.....	94
Figure 31 : inversé d'articulé postérieur.....	95
Figure 32 : béance antérieure.....	96
Figure 33 : rapports de classe I (normalité) et II avec une augmentation du surplomb incisif.....	96
Figure 34 : déglutition du nouveau-né (suckling à gauche) et déglutition du nourrisson (sucking à droite)	97
Figure 35 : fiche récapitulative autour du thème de la succion non nutritive.....	101
Figure 36 : politiques départementales d'affiliation des mineurs à la couverture santé au moment de leur placement à l'ASE	103
Figure 37 : constats sur l'état de santé des enfants au moment de leur placement vus par les professionnels de l'ASE	105
Figure 38 : raisons des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les mineurs protégé par l'ASE et la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse).....	105
Figure 39 : livres explicatifs concernant la consultation dentaire	108
Figure 40 : fiche récapitulative concernant la consultation dentaire	112
Figure 41 : schéma des tissus dentaires et des tissus de soutien	114

Figure 42 : répartition des facteurs étiologiques des traumatismes en fonction de l'âge d'après une étude auprès de 2363 enfants	121
Figure 43 : fiche récapitulative de la conduite à tenir en cas de traumatismes des dents permanentes.....	123
Figure 44 : dysharmonie dento-maxillaire par macrodontie (A) et microdontie relative (B).....	125
Figure 45 : endo-alvéolie maxillaire	126
Figure 46 : infraclusion (A) et supraclusion (B).....	126
Figure 47 : classe II d'Angle division 1 (à gauche) et division 2 (à droite)	127
Figure 48 : classe III d'Angle	127
Figure 49 : carie débutante ou "white spot lesion" au niveau des incisives maxillaires et inflammation gingivale au niveau des incisives mandibulaires	129
Figure 50 : radiographies rétroalvéolaires avant traitement (à gauche) et après 9 mois de traitement orthodontique (à droite) montrant une résorption radiculaire sur la dent 21	129
Figure 51 : fiche récapitulative sur le thème de l'orthodontie	132
Figure 52 : photographie d'une petite fille brossant les dents d'une peluche de démonstration à gauche et illustration de la peluche à droite	134
Figure 53 : photographie d'une partie du jeu de questions/réponses sur le thème des dents et de la santé buccodentaire (source : document personnel)	134
Figure 54 : image d'un tube de ketchup associée à une règle permettant aux enfants de le placer sur l'échelle du sucre	135
Figure 55 : photographie prise lors de l'intervention du matin auprès des enfants âgés de 3 à 11 ans.....	136
Figure 56 : photographie des différents aliments placés du plus sucré au moins sucré	137

Liste des tableaux

Tableau 1 : répartition des actes usuels ou non concernant la santé de l'enfant.....	49
Tableau 2 : répertoire des MECS du département de Meurthe-et-Moselle en 2013.	54
Tableau 3 : répertoire des services de placement familial spécialisé en Meurthe-et-Moselle	56
Tableau 4 : répertoire des LDVA en Meurthe et Moselle en 2019	57
Tableau 5 : synthèse des conseils d'hygiène buccodentaire	89
Tableau 6 : fiche de suivi buccodentaire à destination des établissements de la protection de l'enfance.....	111
Tableau 7 : phase de denture en fonction de l'âge.....	115
Tableau 8 : traumatismes des tissus durs de la dent selon la classification d'Andreasen	116
Tableau 9 : traumatismes des tissus de soutien parodontaux et osseux selon la classification d'Andreasen	117

Liste des abréviations

AEMO Assistance Éducative en Milieu Ouvert

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMO Assurance maladie obligatoire

ASE Aide Sociale à l'Enfance

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CEMMA Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil

CIDE Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant

CMU Couverture Maladie Universelle

CSP Code de la Santé Publique

CSS Couverture Santé Solidaire

DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDM Dysharmonie Dento-Maxillaire

DGAS Direction Générale de la Cohésion Sociale

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ETP Équivalent Temps Plein

HAS Haute Autorité de Santé

ODAS Observatoire national de l'action sociale décentralisée

ONED Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger

PMI Protection Maternelle et Infantile

PUMA Protection Universelle Maladie

REMM Réseau Éducatif de Meurthe-et-Moselle

SAHOS Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil

SDAS Service Départemental d'Action Sociale

SFODF Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

SNATED Service Nationale d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

TGI Tribunal de Grande Instance

UFSBD Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Introduction

En France, au 31 décembre 2017, 161 508 enfants et jeunes majeurs ont été confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dont 1 828 dans le département de Meurthe-et-Moselle (DRESS, 2019). L'équipe d'encadrement des enfants des établissements de l'ASE se voit ainsi remettre la mission, parmi tant d'autres, de préserver la santé de l'enfant.

D'après le rapport « *Accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance* », seulement 35% des services de l'ASE en France réaliseraient un bilan de santé systématique et 50% selon la situation (âge et situation de l'enfant, problématiques des parents, situation sociale, etc...) (Euillet et coll., 2016). Un premier pas a ainsi été effectué par le gouvernement avec la loi de financement de la sécurité sociale paru au journal officiel le 24 décembre 2019 mentionnant le caractère obligatoire du bilan de santé lors de l'accueil de l'enfant dans le dispositif. Ce bilan, pris en charge par l'assurance maladie, permettrait d'identifier « *les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant* » (Legifrance, 2019c). Cette loi étant relativement récente, le gouvernement ne pourra établir de son efficacité qu'après plusieurs années de recul.

Concernant le suivi de la santé de l'enfant, les éducateurs ou encore les assistants et aides familiaux sont aux premières loges et forment ainsi l'intermédiaire entre l'enfant et les professionnels de santé.

De plus, la santé buccodentaire est un élément essentiel de la santé générale. En effet, pour l'enfant, un mauvais état de santé buccodentaire augmente le risque de douleurs dentaires, de jours d'école manqués voire de mauvais résultats scolaires (Jackson et coll., 2011). La prévention revêt une part importante dans la préservation de la santé buccodentaire car elle permet de transmettre les informations nécessaires pour éviter les altérations dentaires ou de les prendre en charge le plus tôt possible.

Nous tenterons ainsi, par l'intermédiaire de ce travail, de donner des moyens afin que toute personne ou toute équipe s'occupant d'enfants placés puisse veiller sur leur santé buccodentaire.

Nous définirons d'abord le contexte de la protection de l'enfance en France ainsi que les différentes mesures possibles afin de venir en aide aux enfants ainsi qu'aux familles. L'ASE étant un service du département, nous limiterons notre sujet au département de la Meurthe-et-Moselle (54) bien que la législation soit nationale.

Nous aborderons ensuite les différents thèmes de la prévention en matière de santé buccodentaire liés aux potentielles spécificités des enfants placés, afin de réaliser des fiches récapitulatives à destination des éducateurs.

1. L'aide sociale à l'enfance

L'aide sociale à l'enfance (ASE) est un service du département permettant d'aider les familles dans leurs difficultés éducatives ou encore budgétaires et, le cas échéant, d'accueillir les enfants et les jeunes majeurs dans divers établissements de la protection de l'enfance. Cette première partie nous permettra ainsi de définir le contexte et les implications de notre sujet pour comprendre l'intérêt du placement pour l'enfant.

1.1. Contexte

1.1.1. Définitions

- La protection de l'enfance

D'après l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), « *la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* » (Legifrance, 2016c). Elle « *a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge* » (Legifrance, 2016c).

Ses missions sont relativement variées allant de la prévention des difficultés des familles à la prise en charge partielle ou totale de l'enfant tout en accompagnant les familles. Cela englobe ainsi un grand nombre de situations en plaçant « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits* » au centre des décisions le concernant (Legifrance, 2007).

Il n'existe pas de liste exhaustive des conditions relevant de la protection de l'enfance, le risque étant de passer à côté de certaines situations. De même, l'intérêt de l'enfant est une notion subjective qui ne peut être clairement définie car extrêmement variable.

L'évaluation au cas par cas des circonstances nécessitant l'appel à la protection de l'enfance est donc nécessaire afin de faire respecter les droits de l'enfant avant toute chose.

En outre, les interventions exécutées par le biais de la protection de l'enfance peuvent « être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre » (Legifrance, 2016c).

- L'enfant en danger

L'article 375 du code civil précise que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger [...] des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice. » (Legifrance, 2016b)

Selon l'ODAS, un enfant en danger est un « mineur de 18 ans ainsi que tout jeune majeur de 18 à 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'ASE ou de la Justice » (Gabel et Padieu, 2001). Dans son guide méthodologique sur l'observation de l'enfance en danger, l'ODAS distingue les enfants maltraités des enfants en risque de danger.

- **L'enfant en risque** « connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité » (Gabel et Padieu, 2001).

Le danger est dans ce cas potentiel. Une intervention est nécessaire afin d'éviter de faire passer l'enfant du statut d'enfant en risque à enfant maltraité.

- **L'enfant maltraité** qui est « victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (Gabel et Padieu, 2001).

Les violences physiques aboutissent à des dommages corporels aisément identifiables (ecchymoses, brûlures, hématomes, fractures, etc...) et entraînent des séquelles physiques et psychologiques (agressivité, anxiété, etc...).

Les violences sexuelles se définissent quant à elles comme des comportements à caractères sexuels imposés à des mineurs.

Les négligences lourdes représentent un manquement aux besoins de l'enfant qu'ils soient d'ordre nutritif, hygiénique, affectif ou encore une absence de soins si l'enfant en nécessite : il en résulte des carences psychiques, cognitives et alimentaires pouvant amener à des retards de développement graves voire même pour les carences nutritives à la mort par dénutrition.

Enfin, dans le cas des violences psychologiques, l'enfant est confronté régulièrement à des « *situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique* » (Gabel et Padieu, 2001) : humiliations verbales ou non verbales, rejet affectif, menaces, mise à l'écart de l'enfant, dévalorisation.

Ainsi concernant les violences physiques, psychologiques et les négligences lourdes, la difficulté réside dans la définition de ce qui est acceptable ou non. Par exemple, la loi du 10 juillet 2019 rappelle l'interdiction de toutes formes de violences à visée « éducative » car « *l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques* » (Legifrance, 2019b).

Il est donc nécessaire d'évaluer chaque signalement et/ou information préoccupante. Nous reviendrons sur cette notion d'évaluation en protection de l'enfance au prochain point.

- Le signalement et l'information préoccupante

Selon l'article 434-3 du code pénal, toute personne détenant des informations laissant craindre qu'un enfant se trouve en danger ou en difficulté est tenue d'informer les autorités publiques compétentes. Toute personne s'abstenant d'agir face à une situation d'enfant en danger « *est punie de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* » (Legifrance, 2019a). Les personnes soumises au secret professionnel du fait de leurs professions (professionnels de santé, assistants sociaux, éducateurs, psychologues, etc...) ou de leurs fonctions (personnels des services d'ASE par exemple) en sont déliées afin de contacter les autorités sans risque de poursuite pénale (article 226-14 du code pénal).

D'après l'article L. 226-3 du CASF, le président du conseil départemental, via la cellule de recueil prévue à cet effet, « *est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. [...] Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire* » (Legifrance, 2016d). La cellule de recueil permet de centraliser l'ensemble des informations préoccupantes. En Meurthe-et-Moselle, cette cellule porte le nom de CEMMA (Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil).

Les personnes détenant des informations concernant un mineur en danger, ou le mineur lui-même, peuvent ainsi contacter la CEMMA par téléphone au numéro azur 0 810 27 69 12 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, ou au numéro vert national 119 géré par le Service Nationale d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED), ouvert 24h/24 et 7jours/7 qui se chargera alors de transférer les informations aux autorités compétentes. Ces personnes peuvent demander à rester anonyme si elles le souhaitent. De plus, les informations parvenant à la CEMMA sont strictement confidentielles : les professionnels de la CEMMA sont soumis au secret professionnel et sont autorisés à partager entre eux les informations à caractère secret uniquement pour évaluer la situation.

D'après le guide ministériel *La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation*, une information préoccupante est définie comme « *tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2011). Tout l'environnement de vie de l'enfant est ainsi considéré afin de pouvoir mettre en évidence toutes informations pouvant paraître anodines isolément mais qui rassemblées peuvent démontrer un danger immédiat pour l'enfant (Derville et Rabin-Costy, 2014). C'est pourquoi tous les enfants sont concernés, qu'ils soient connus ou non des services de l'ASE ou qu'ils bénéficient déjà ou non d'une mesure de protection (Gabel et Padieu, 2001).

Lors du dépôt de cette information à la CEMMA, une fiche est remplie afin d'évaluer la santé de l'enfant et sa situation familiale et de la mettre en relation avec d'autres

éléments déjà connus de l'ASE, le but étant de prouver la présence d'un danger ou d'un risque de danger pour l'enfant et de mettre en place les mesures de protection et d'aides adaptées après évaluation (Legifrance, 2016d). La CEMMA transmet ensuite ces informations aux différents services concernés pour évaluation : Protection Maternelle Infantile (PMI), Service Social Départemental (SSD), Service Social en Faveur des Élèves (SSFE) entre autres. Leurs retours permettront de classer l'information sans suite, de réaliser un suivi auprès du service adéquat ou encore d'enclencher une protection administrative ou judiciaire (Figure 1).

Enfin si la situation de l'enfant relève d'une extrême urgence (maltraitance, violences sexuelles), il est possible de saisir directement le procureur de la République auprès du Tribunal de Grande Instance (TGI) le plus proche en lui adressant un signalement en vue de saisir l'autorité judiciaire. Le signalement permet d'identifier l'enfant et son environnement (domicile, adresse(s) des parents, fratrie, détenteur de l'autorité parentale) et de relater formellement les faits constatés (date, lieu, descriptifs) accompagnés d'un certificat médical si ce dernier a déjà été établi. Le procureur de la République évaluera ce signalement et le transmettra au juge des enfants si nécessaire. Nous reviendrons sur les différentes portées du signalement dans un paragraphe ultérieur.

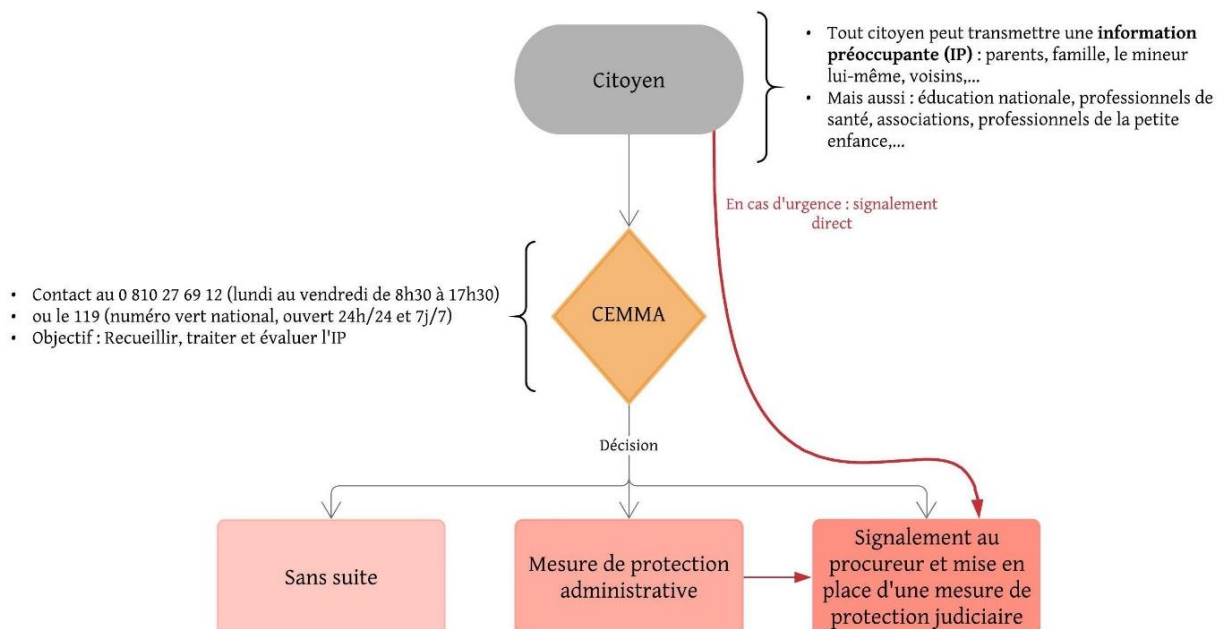


Figure 1 : traitement d'une information préoccupante à la CEMMA (source : document personnel)

Nous mettons à disposition de tout chirurgien-dentiste en partie 1.4 la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée.

- L'évaluation en protection de l'enfance

Elle apparaît à plusieurs niveaux dans le champ de la protection de l'enfance, il est nécessaire d'évaluer (Direction générale de la cohésion sociale, 2005) :

- la situation individuelle (de l'enfant, de sa famille et de son environnement),
- les mesures de l'ASE,
- les structures et établissements accueillant les enfants confiés,
- le système de protection de l'enfance en lui-même.

Concernant l'évaluation de la situation individuelle, elle doit être collégiale avec diverses sources d'informations (enfant, parents, famille élargie, ou tout autre personne en lien avec l'enfant). Tous les pans de la vie de l'enfant doivent être pris en compte et recueillis selon différentes modalités (entretiens réalisés dans la maison familiale ou dans des locaux de la protection de l'enfance, observation des relations parents-enfants) dans le but d'avoir une vision la plus élargie et objective possible.

Nous rappelons que cette évaluation est réalisée après la transmission d'une information préoccupante à la cellule de recueil, elle est donc dépendante du département.

Certains départements disposent d'un guide de l'évaluation pour limiter la subjectivité de cette phase importante mais aucun guide national n'existe pour harmoniser les pratiques (Derville et Rabin-Costy, 2014).

L'évaluation des pratiques et du dispositif de protection de l'enfance est réalisée, entre autres, par l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger (ONED) : annuellement, cet organisme transmet au gouvernement ses observations afin d'améliorer la prise en charge de l'enfant.

Enfin, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) est chargée de s'assurer de la qualité

de la prise en charge des personnes par les lieux publics relevant du domaine social. En 2008, elle a élaboré des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la bientraitance envers les personnes accueillies dans les établissements afin de donner des repères pour sa bonne mise en œuvre.

- L'aide sociale à l'enfance

Selon les articles L. 221-1 et L. 221-2 du CASF, « *le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département* » : il ne dispose pas de la personnalité juridique ; et « *est placé sous l'autorité du président du conseil départemental* ».

Il est chargé des missions suivantes :

- « *1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale [...]* ;
- *2° Organiser [...]* des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles [...]
- *3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;*
- *4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;*
- *5° Mener [...]* des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et [...]
- *organiser le recueil et la transmission [...]* des informations préoccupantes [...]
- *5° bis Veiller au repérage et à l'orientation des mineurs victimes ou menacés de violences sexuelles, notamment des mineures victimes de mutilations sexuelles ;*
- *6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents [frères et sœurs, grands-parents, parrains, assistants familiaux] soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ;*
- *7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme [...]* ;

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités ou à des personnes physiques » (Legifrance, 2018).

Chaque département a le libre choix de son organisation afin d'assurer les missions précédemment citées.

Ainsi, différents professionnels sont nécessaires au bon fonctionnement de l'ASE dans le département de Meurthe-et-Moselle. Nous vous présentons succinctement les fonctions nécessitant d'être développée car spécifique à l'organisation départementale.

- Le **responsable territorial de l'ASE** : il est responsable de l'ensemble des professionnels de l'ASE, joue le rôle d'interlocuteur avec l'autorité judiciaire et est garant de la surveillance des enfants qui bénéficient de l'ASE.
- Le **conseiller territorial de l'ASE** : il encadre les travailleurs sociaux et les psychologues, assure le suivi des projets personnalisés de chaque enfant et coordonne les procédures de protection administrative et judiciaire.
- Dans chaque structure en lien avec les services de l'ASE, un **cadre de l'ASE** ou correspondant entre les établissements et les services de l'ASE est nommé afin d'améliorer la collaboration ASE/structures.
- Le **travailleur social**, souvent nommé **référént** : il fait le lien entre l'enfant, sa famille et sa structure d'accueil afin de le suivre et de surveiller les conditions de vie de l'enfant et la bonne mise en place des mesures prises dans le cadre de la protection administrative ou judiciaire. Il élabore le projet personnalisé de l'enfant, en lien avec sa famille pour l'ensemble des mesures de protection administrative ou judiciaire.
- Le **psychologue** permet quant à lui de prendre en compte le vécu psychique de l'enfant lors de la prise des décisions le concernant, il participe avec le travailleur social au projet personnalisé de l'enfant et veille au bon déroulement d'un éventuel placement sur le plan psychologique.

De plus, au sein du département, le service de l'ASE est en coordination avec le service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le service départemental d'action sociale (SDAS) (ou service départemental social SSD).

Enfin, nous soulignons l'importance de distinguer depuis la loi du 5 mars 2007 les professionnels de la protection de l'enfance, précédemment détaillés, et les professionnels qui lui apportent leur concours. En effet ces derniers sont en contact avec des enfants et/ou leurs familles mais leur mission première n'est pas la protection de l'enfance. Il s'agit par exemple des professionnels des services publics (personnels de l'éducation nationale ou les forces de l'ordre), du secteur de la santé (médecin, psychiatres), les assistants sociaux des organismes de protection de l'enfance ou encore les assistantes maternelles. Ces personnes jouent un rôle important dans la détection des violences faites aux enfants mais aussi dans le suivi de ces enfants (Derville et Rabin-Costy, 2014).

1.1.2. Historique (Andlauer, 2015; Capelier, 2015; Potin, 2012)

Si aujourd'hui les droits des enfants sont désormais reconnus et ont toute leur place dans notre société actuelle, il n'en a pas toujours été ainsi.

En effet, dans l'Antiquité romaine, le père alors nommé *paterfamilias* détenait la *patria potestas* (la puissance paternelle) et notamment le pouvoir de vie ou de mort sur les personnes habitant la maison (femmes, enfants, esclaves). Lors de sa naissance, l'enfant doit être accepté par le père afin de pouvoir rester dans la maison familiale. Dans le cas contraire, l'enfant est abandonné sur la voie publique.

Au début du christianisme, au I^e siècle après Jésus Christ, les enfants abandonnés sont recueillis dans les paroisses selon le devoir de bienfaisance promu par l'Église chrétienne. Les enfants trouvés sont ensuite accueillis dans des hospices d'enfants où ils sont nourris et habillés et bénéficient de l'éducation de l'Église. En grandissant, ils peuvent participer à l'entretien des lieux religieux et peuvent parfois intégrer le clergé. À cette époque, les raisons de l'abandon sont majoritairement d'ordre financier : les familles les plus pauvres donnent leurs enfants aux monastères car ils ne peuvent

subvenir à leurs besoins. Cependant, les enfants issus d'actes d'adultère ou d'inceste peuvent également être recueillis sous couvert de l'anonymat. En effet, les méthodes contraceptives et abortives étaient fortement prohibées.

Ce n'est qu'à partir de la Révolution en 1789 que les enfants deviennent protégés par l'État : c'est dans ce sens que la loi du 28 juin 1793 oblige la Nation à « *assurer l'éducation physique et morale des enfants connus sous le nom d'enfants abandonnés. Ces enfants seront désormais désignés sous la dénomination d'orphelins : toutes autres qualifications sont absolument prohibées* ». La loi du 17 décembre 1796 indique que « *les enfants, nouveau-nés, abandonnés seront accueillis gratuitement dans tous les hospices civils de la république* » : les parents, et majoritairement les mères, déposaient de manière anonyme leurs enfants par le biais d'un tourniquet présent sur le mur de l'hospice (Figure 2), tourniquet qui fut remplacé par un bureau des admissions à partir de 1863.



Figure 2 : tour d'abandon représenté par une gravure (à gauche) et une photographie du tour de l'hospice générale de Rouen (à droite)
(source : gravure réalisée par Gustave Doré, XIX^e siècle, et photographie issue du site internet <http://escalbibli.blogspot.com/>)

L'hospice n'était qu'un lieu de transition entre l'abandon et la mise en nourrice : les enfants sont ensuite recueillis par les femmes de la campagne qui perçoivent en échange de leur accueil une indemnité financière. En parallèle, le décret du 25 juillet 1811 instaure la Société de la Charité Maternelle qui permet de secourir les femmes pauvres et enceintes afin de limiter les abandons et de donner aux femmes le moyen

d'élever leurs enfants par le biais d'allocations. Il est important de noter qu'à partir de 12 ans, les enfants vivants à la campagne, garçons comme filles, commencent leur apprentissage en tant qu'artisans, ouvriers ou ménagères : les enfants ainsi formés pourront participer au développement des campagne. Les conditions d'accueil ne sont pas surveillées par l'État, le nombre d'enfants par nourrice est souvent trop important et les nourrices n'ont parfois pas beaucoup plus de revenus que la famille qui a abandonné l'enfant.

La loi du 23 décembre 1874 ou loi Roussel est alors mise en place pour contrôler les conditions de vie l'enfant. Elle ordonne que « *tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice en sevrage, ou en garde hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé* ».

À la fin du XIXe siècle, l'État se consacre enfin à l'éducation des enfants en rendant l'école gratuite (1881), obligatoire et laïque (1882) et s'intéresse en particulier à la maltraitance : un contrôle judiciaire de la puissance paternelle, renommée autorité parentale en 1970, est établi par la loi du 24 juillet 1889 et les droits parentaux peuvent être déchu par décision judiciaire pour mauvais traitements et les enfants placés.

Dans ce même élan de protection de l'enfant et dans l'optique de lui maintenir ses liens familiaux, le sénateur Paul Strauss met en place les premiers centres mères-enfants et étend la loi Roussel à l'ensemble des mineurs assistés (loi du 27 juin 1904), la majorité civile étant de 21 ans. Les enfants assistés sont alors « *placés sous la tutelle de l'autorité publique et dits pupilles de l'assistance* » et ce sont désormais les départements qui gèrent leur propre service des enfants assistés sous l'administration du préfet du conseil départemental.

Les enfants en danger et la protection de l'enfance se distinguent des enfants dangereux et la justice des mineurs : les premiers tribunaux pour enfants sont alors créés en 1912. Les enfants jugés par les tribunaux sont placés dans des bagnes où règne la répression et seront peu à peu remplacés par des centres éducatifs. L'article 375 du code civil modifié par l'ordonnance du 23 décembre 1958 établit le principe

d'irresponsabilité atténuée des mineurs dont le sort est déterminé par le juge des enfants, dont la fonction a été créée en 1945, au même titre que les mineurs en danger.

L'aide sociale à l'enfance que nous connaissons aujourd'hui est mise en place par le décret du 24 janvier 1956 et remplace l'Assistance Publique, elle distingue deux catégories d'enfants nécessitant d'être protégés (les enfants en danger et en risque de danger) et deux actions décisionnaires (administratives et judiciaires). À l'échelle départementale, ce sont les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui s'occupent de l'organisation du placement et du suivi des enfants : l'appellation « enfants de la DDASS » restera ainsi longtemps ancrée dans la mémoire des français.

En 1983, avec la loi de décentralisation de l'aide et action sociale, la gestion de l'aide sociale à l'enfance est cédée aux départements et précisément au conseil départemental qui devient alors chef de file de la protection de l'enfance.

Les valeurs familiales avec le maintien des liens familiaux parents-enfants restent cependant au cœur des décisions politiques : les familles sont accompagnées dans leurs démarches et soutenues grâce à la loi relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de l'enfance (Loi 84-422 du 6 juin 1984).

À cette période, la protection de l'enfance n'est pas uniquement une préoccupation française. En effet le 20 novembre 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) est adoptée par l'Organisation des Nations Unies et sera ratifiée en France en 1990 même si elle ne peut pas être applicable entièrement dans le droit français. Cette convention reconnaît l'intérêt supérieur de l'enfant comme considération primordiale sur les décisions le concernant et définit les droits fondamentaux des enfants, notamment les droits d'être nourri, soigné et aimé, le droit d'être respecté et d'être protégé de la violence et de l'exploitation. Elle mentionne que « *les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement* ». De plus, les États signataires s'engagent à aider les parents en cas de besoin dans l'intérêt de l'enfant.

En application de la CIDE et dans une démarche d'amélioration de la protection de l'enfance en France est créé le Défenseur des enfants le 6 mars 2000, renommé Défenseur des droits en 2011, afin de défendre et promouvoir les droits des enfants. Son intérêt majeur est l'évaluation des lois concernant les mineurs et de leurs applications afin de proposer des modifications par l'intermédiaire de rapport rédigé tous les cinq ans au Comité des droits des enfants des Nations Unies et tous les ans au président de la République française et aux parlementaires lors de la journée internationale des droits de l'enfant, le 20 novembre.

La loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance instaure un « *Observatoire de l'enfance en danger afin d'exercer, à l'échelon national, les missions d'observation, d'analyse et de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs maltraités* ». Cet observatoire nommé ONED (observatoire nationale de l'enfance en danger) porte désormais le nom d'ONPE (observatoire nationale de la protection de l'enfance) et sera associé au SNATED, dont nous avons évoqué les missions dans le chapitre précédent, afin de former le groupement d'intérêt public (GIP) « *Enfance en Danger* » qui est financé à parité par l'État et les départements.

Malgré de nombreuses modifications et tentatives d'amélioration, le système de protection de l'enfance français nécessite un renouvellement selon de nombreux rapports administratifs, entre autres le rapport de l'ONED et de la défenseure des enfants Claire Bisset en 2004 qui dénonce « *un excès de signalements qui encombre les tribunaux, des listes d'attente excessives pour les prises en charge des mesures ordonnées par le juge* » et « *le manque d'évaluation et de contrôle* » (Verdier et Eymenier, 2012). Un grand nombre de professionnels en lien avec la protection de l'enfance appellent au débat dans le but de réformer ce système : il s'agit de « *l'appel des 100 pour le renouveau de la protection de l'enfance* » (Derville et Rabin-Costy, 2014) qui amènera à l'élaboration de la loi du 5 mars 2007 ou réforme de la protection de l'enfance.

Enfin, la loi du 14 mars 2016 voit le jour afin de replacer l'enfant au centre de l'intervention sociale dans son intérêt et les parents en second plan lorsqu'il s'agit des actions de prévention si elles sont réalisables. Ce texte est inspiré entre autres du rapport rédigé par le groupe de travail présidé par Adeline Gouttenoire établissant « *40*

propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui » et des analyses issues de l'affaire de Marina. Cette enfant de 8 ans est décédée à la suite des sévices infligés par ses parents depuis son plus jeune âge malgré plusieurs signalements aux services sociaux qui n'ont pu être suivi car les parents déménageaient fréquemment. Le titre premier de cette loi vise une amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfant afin d'assurer une cohérence institutionnelle entre les départements.

Nous détaillerons les implications de ces deux dernières lois dans le paragraphe ci-dessous.

1.1.3. Législation

Les différentes lois régissant les droits de l'enfants, sa protection et sa prise en charge, dans le cadre familial strict ou lors d'un éventuel placement, ne sont pas issues d'un unique code mais de plusieurs codes dont nous allons détailler les caractéristiques ci-dessous.

- **Code civil** (Legifrance, 2020a)

Le code civil en France, lequel détermine les lois concernant les personnes, les biens et leurs propriétés, permet de définir le statut juridique de l'enfant : il possède une personnalité juridique dès qu'il naît vivant et viable. Cette personnalité juridique lui permet d'acquérir le droit d'identité (avoir un nom et un prénom), de nationalité et le droit au respect de sa vie privée, de son image et de son intégrité physique en étant protégé par ses représentants légaux jusqu'à sa majorité, c'est-à-dire jusqu'à ses 18 ans accomplis (article 414). À partir de 13 ans, l'enfant doit consentir à sa propre adoption (article 345) ou à un éventuel changement de nom (article 61-3).

Le code civil définit également les droits et devoirs parentaux dans l'intérêt de l'enfant : il s'agit de l'autorité parentale (article 371-1) qui est exercée en commun par le père et la mère (article 372). Un seul des deux parents peut également être l'unique titulaire de l'autorité parentale. Elle peut être retirée totalement en cas de condamnation pénale d'un ou des deux parents (article 378) ou en cas de mauvais traitements, de

consommation abusive d'alcool ou de stupéfiants, d'inconduite notoire ou de comportements délictueux ou encore si en cas de mesures d'assistance éducative les parents se sont abstenus d'exercer leurs droits parentaux pendant deux ans (article 378-1). La restitution de l'autorité parentale peut être accordée après demande au tribunal de grande instance au minimum un an après la décision du retrait (article 381). De plus, quand un enfant est recueilli par une personne, un établissement ou un service de l'ASE et que « *ses parents n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires à son éducation ou à son développement* » l'année précédent « *l'introduction de la demande en déclaration judiciaire de délaissement parental* », l'enfant est considéré comme délaissé juridiquement. L'autorité parentale est alors déléguée à la personne, à l'établissement ou au service de l'ASE qui a recueilli l'enfant (articles 381-1 et 381-2).

Enfin, le code civil définit les lois relatives à l'adoption d'un enfant et à sa tutelle, notamment pour les enfants abandonnés, nommés pupilles de l'État dont nous définirons les caractéristiques dans le paragraphe sur le code de l'action sociale et des familles.

- **Code pénal** (Legifrance, 2020d)

Le code pénal rassemble les textes définissant les crimes, délits et contraventions et les peines applicables à ces infractions. Il permet ainsi la protection juridique des mineurs en pénalisant leur mise en péril (c'est-à-dire la privation, entres autres, d'aliments, de soins, l'atteinte à la sécurité, l'éducation et la santé) (articles 227-15 à 227-28-3), les violences physiques et les violences sexuelles. Les peines sont d'autant plus aggravées si elles sont commises sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant ou par toute autre personne ayant l'autorité sur le mineur (article 222-10). Enfin les atteintes à l'exercice de l'autorité parentale empêchant le droit de visite sont également sanctionnées comme la soustraction et la non-présentation d'un mineur (empêcher par n'importe quelle voie l'autre parent de voir son enfant) (article 227-5 à 227-11).

Si les sanctions civiles peuvent indemniser les victimes, les sanctions prévues par le code pénal visent à punir l'auteur de l'infraction par une amende et/ou un emprisonnement définis par le code pénal et variables selon sa gravité.

- **Code de l'action sociale et des familles** (Legifrance, 2020c)

Ce code clarifie la protection de l'enfance, les différentes actions sociales possibles dans le but de venir en aide aux familles et donc à l'enfant et fixe le champ d'action du service de l'aide sociale à l'enfance.

Le code de l'action sociale et des familles détermine également les critères et la procédure d'admission des enfants en qualité de pupille de l'État. Ainsi, d'après l'article L.224-4, « *sont admis en qualité de pupille de l'État :*

- *1° les enfants dont la filiation n'est pas établie ou est inconnue, qui ont été recueillis par le service [de l'ASE] depuis plus de deux mois ;*
- *2° les enfants dont la filiation est établie et connue, qui ont expressément été remis au service [de l'ASE] en vue de leur admission comme pupilles de l'État par les personnes qui ont qualité pour consentir à leur adoption, depuis plus de deux mois ;*
- *3° Les enfants dont la filiation est établie et connue, qui ont expressément été remis au service [de l'ASE] depuis plus de six mois par leur père ou leur mère en vue de leur admission comme pupilles de l'État et dont l'autre parent n'a pas fait connaître au service, pendant ce délai, son intention d'en assumer la charge [...] ;*
- *4° Les enfants orphelins de père et de mère pour lesquels la tutelle n'est pas organisée [...] et qui ont été recueillis par le service [de l'ASE] depuis plus de deux mois ;*
- *5° Les enfants dont les parents ont fait l'objet d'un retrait total de l'autorité parentale [...] et qui ont été recueillis par le service [de l'ASE] [...] ;*
- *6° Les enfants recueillis par le service [de l'ASE] qui ont fait l'objet d'une déclaration judiciaire d'abandon »* (Legifrance, 2016a).

- **Code de la santé publique** (CSP) (Legifrance, 2020b)

Dans le champ de la protection de l'enfance, le code de la santé publique définit les droits nécessaires à la protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte notamment par le biais du service de protection maternelle et infantile (PMI) dont il expose les actions (article L.2111 et L.2112).

- **Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)**

Comme mentionnée dans notre historique, la convention internationale des droits de l'enfant ne s'inscrit pas telle quelle dans le droit français mais a permis de faire évoluer les lois sur les droits des enfants et la protection de l'enfance en France.

Elle met ainsi en évidence 4 principes fondamentaux qui régissent l'ensemble de ses 54 articles qui sont : « *la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre, se développer et le respect des opinions de l'enfant* ». Elle promeut l'enfant comme un sujet de droit qui doit être protégé à qui il est nécessaire de laisser la parole pour les décisions qui le concernent.

Comme signataire de cette convention, la France se doit de respecter ces grands principes. Deux ans après la ratification et tous les cinq ans, les états signataires doivent rédiger un rapport au comité des Droits de l'enfant des Nations Unies sur la mise en application de la CIDE. En retour le Comité rédige des recommandations aux États afin d'améliorer les conditions des enfants au sein du pays.

C'est dans cette optique que l'UNICEF ou *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fonds des Nations unies pour l'enfance) veille à l'application de la CIDE et est chargé de défendre les droits des enfants dans le monde entier. Cette agence des Nations Unies créée en 1946 intervient surtout auprès « *des enfants les plus vulnérables, notamment victimes de la guerre, de catastrophes naturelles, de la pauvreté extrême et de toute forme de violence ou d'exploitation dans les pays les plus démunis* » et ses domaines d'interventions concernent, entre autres, la santé, la nutrition, l'accès à l'éducation et la protection de l'enfant dans des situations d'urgence (conflits armés, catastrophes naturelles) (UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), 2015).

De même, l'organisation non gouvernementale (ONG) internationale *Humanium* s'engage elle aussi à faire respecter les droits de l'enfant par le biais de partenariats avec des ONG locales. Elle a ainsi créé l'Indice de Concrétisation des Droits de l'Enfant (ICDE) afin d'évaluer les pays selon le niveau de respect desdits droits en prenant en compte notamment la mortalité des moins de 5 ans, l'espérance de vie à la naissance, la scolarisation, la pauvreté, le travail des enfants, le mariage d'enfants, les mutilations génitales infantiles et les droits aux libertés (Humanium, 2018). Cet

indice est représenté par une note allant de 0 à 10 et a permis l'établissement de la « Carte du Respect des Droits de l'Enfant dans le Monde » en 2018 (Figure 3).

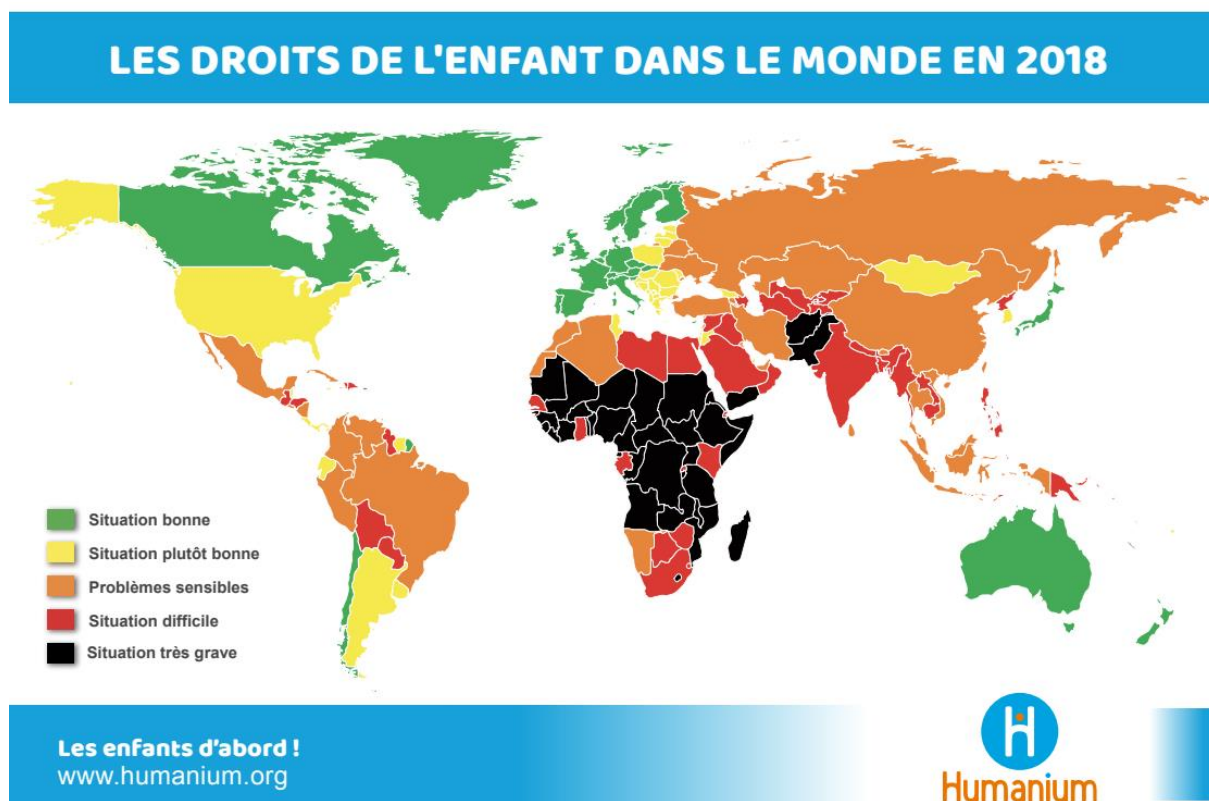


Figure 3 : carte du respect des droits de l'enfant dans le monde
(source : Humanium, 2018)

- **Loi du 5 mars 2007 ou réforme de la protection de l'enfance**

Nous allons nous intéresser précisément à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance dont nous avons évoqué les prémices lors de notre historique. Elle apporte des modifications à huit codes de lois françaises au sujet de l'enfant, de sa famille et de la protection de l'enfance (Derville et Rabin-Costy, 2014).

Cette loi définit précisément les missions de la protection de l'enfance qui sont de « *prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* » (article L.112-3 du CASF (Legifrance, 2016c)). Elle détermine ainsi un ordre de priorité dans la protection des enfants avec d'abord une mission de prévention afin de pallier les difficultés futures et de surtout maintenir l'enfant dans son milieu familial, puis un accompagnement des familles par l'intermédiaire de prestations sociales et de création de lieux d'accueil afin de soutenir les familles et enfin,

uniquement en cas d'échec, arrive en dernier lieu la prise en charge de l'enfant par l'État. En effet, elle est instaurée que si l'intervention sociale a été inefficace ou s'il a été impossible de la mettre en place.

Cette loi se décline en quatre axes majeurs que nous allons développer ci-dessous :

- prévenir les situations de danger,
- améliorer le protocole de signalement des situations de danger en le rendant plus efficace avec le conseil départemental en chef de file,
- diversifier les modes d'interventions pour être plus adapté aux besoins de chaque enfant et de chaque famille,
- renouveler la place de l'enfant et des familles lors de leur relations avec les instances administratives et judiciaires.

- **Prévenir les situations de danger**

La prévention des difficultés implique de faire confiance aux familles, de croire en leur capacité. Cela nécessite les actions complémentaires du service social départemental (SSD), du service de la protection maternelle et infantile (PMI) et du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui sont sous la responsabilité du conseil départemental. Le SSD permet un accompagnement de proximité par la création de lieux d'écoute et de soutien dispersés sur le territoire comme les maisons départementales des solidarités en Meurthe-et-Moselle dont les domaines d'action concernent non seulement l'accompagnement social, l'ASE et la PMI mais aussi le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Plus de 75 lieux d'accueil sont ainsi répartis sur le département permettant une accessibilité facilitée pour toute la population. D'après le schéma départemental enfance-famille de Meurthe-et-Moselle paru en novembre 2017, en 2016, 5429 familles ont ainsi pu être rencontrés par le SSD avec une problématique « Enfance-Famille » (Figure 4).

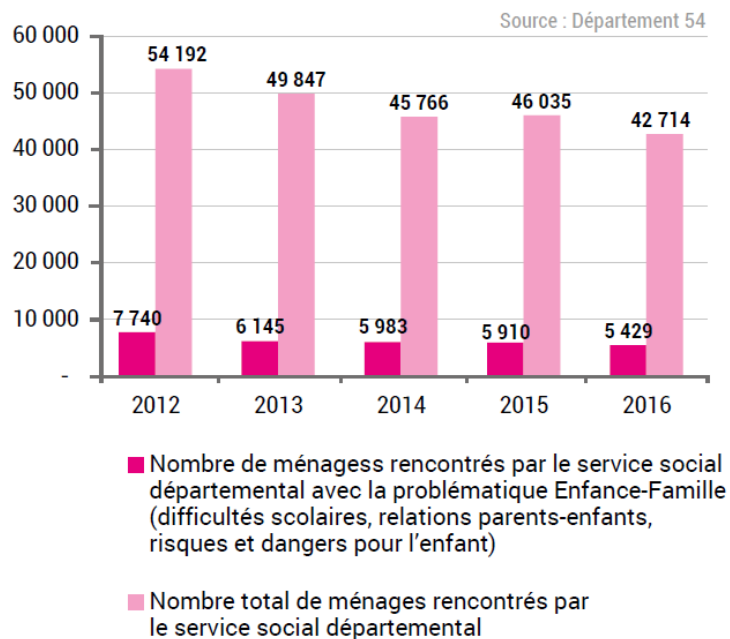


Figure 4 : évolution du nombre des ménages rencontrés par le service social départemental
(source : Schéma Départemental Enfance-Famille 2018-2022 du département de Meurthe-et-Moselle)

La prévention passe aussi par une amélioration du service de la Protection Maternelle et Infantile avec un suivi rapproché de la femme enceinte et du nouveau-né jusqu'à son entrée en école élémentaire. Jusqu'alors sous la responsabilité d'un médecin chef, la PMI est depuis la loi du 5 mars 2007 sous l'autorité du conseil départemental au même titre que l'ASE et est dirigé par un médecin départemental. Elle intervient à différents stades de la grossesse notamment au 4^e mois avec la proposition d'un entretien psychosocial assuré par des sages-femmes permettant de mettre en évidence des difficultés présentes ou à venir dans un cadre bienveillant. Cet entretien pourra déboucher sur un accompagnement à domicile pendant et après la grossesse. Enfin un bilan est instauré par la PMI auprès de tous les enfants de 3-4 ans afin de dépister d'éventuels troubles concernant le développement global de l'enfant. La PMI est ensuite relayée à la médecine scolaire par la réalisation de visites médicales à 6, 9, 12 et 15 ans.

La prévention ainsi établie permettrait de donner aux familles les moyens d'élever et d'éduquer leurs enfants dans de meilleures conditions. Elle nécessite cependant des ressources financières importantes afin de déployer des professionnels qui doivent être formés à cette fonction. Une évaluation à long terme est nécessaire afin de connaître les effets d'une telle mesure : les nouveaux observatoires départementaux de protection de l'enfance mis en place par la loi du 5 mars 2007 doivent permettre,

entre autres, cette évaluation à l'échelle départementale. Dans le département de Meurthe-et-Moselle, il est actuellement en cours de construction.

○ **Améliorer le protocole de signalement**

Le conseil départemental occupe à nouveau une place centrale et est désigné chef de file de l'organisation du recueil et de l'évaluation des situations de danger grâce à la cellule départementale dont nous évoquons le fonctionnement dans la partie « 1.1.1 Définitions » page 16. La loi du 5 mars 2007 permet une simplification de cette procédure par l'élaboration d'un protocole qui doit être mis en place par les cellules départementales (Figure 5).

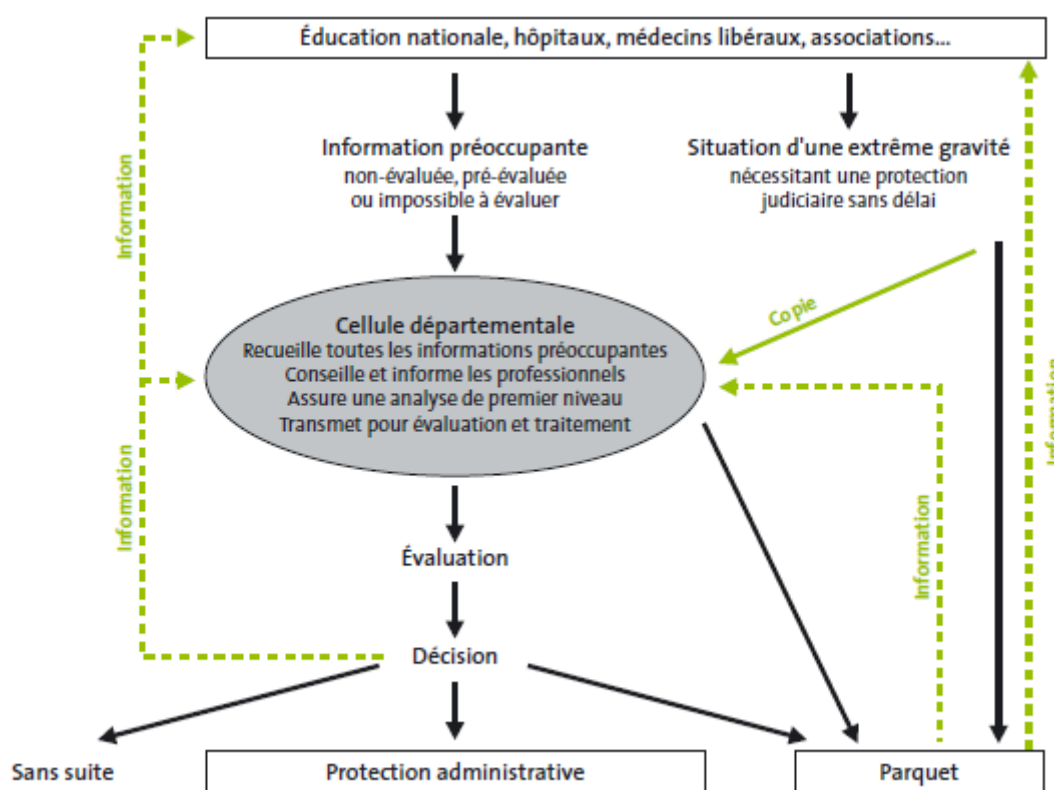


Figure 5 : schéma de fonctionnement du recueil, d'évaluation et du traitement des informations préoccupantes (source : guide pratique « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation » du Ministère des Solidarités et de la Santé, 2011)

Comme nous l'avons précisé précédemment, en Meurthe-et-Moselle, cette cellule porte le nom de Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil (CEMMA) et recueille les informations par téléphone au numéro AZUR, par écrit ou physiquement. L'analyse de premier niveau de l'information détermine le niveau de préoccupation et si l'enfant ou la famille est déjà connu de l'ASE. La CEMMA

coordonne ensuite avec d'autres services comme la PMI ou le SSD pour l'évaluation de l'information.

○ **Diversifier les modes d'intervention**

Dans le même objectif de prévention, d'autres modes d'interventions plus adaptés aux familles sont proposés grâce à la loi du 5 mars 2007 notamment l'aide possible d'un technicien d'intervention sociale, familiale et éducative (TISFE), d'une aide éducative et/ou familiale à domicile ou encore d'un accompagnement en économie sociale et familiale. Ces apports permettent, après évaluation et accord des familles, de les soutenir et de les responsabiliser afin d'éviter des mesures plus coercitives.

De nouveaux modes d'accueil plus « ponctuels » sont également créés lorsqu'un placement est quand même nécessaire : l'accueil d'urgence, l'accueil exceptionnel ou périodique, l'accueil de jour et l'accueil spécialisé, entre autres. Ces interventions seront détaillées dans la prochaine partie.

○ **Renouveler la place de l'enfant et de leurs familles**

L'hétérogénéité des modes d'intervention avec l'accompagnement des familles met en évidence la place des parents dans la protection de l'enfance. Depuis l'émission de l'information préoccupante à la cellule départementale qui doit être notifié aux parents au placement, les parents sont impliqués dans la prise en charge de l'enfant par l'ASE lorsque la situation ne relève pas de l'urgence immédiate pour l'enfant.

De plus, l'intérêt de l'enfant est placé au centre des décisions et doit guider les mesures de l'ASE. Grâce à la réforme de la protection de l'enfance, l'enfant obtient le droit d'être entendu par le juge dans toute procédure le concernant et selon l'article L. 112-3 du CASF : « *l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité* » (Legifrance, 2016c).

● **Loi du 14 mars 2016** (Legifrance, 2016f)

De même que la loi du 5 mars 2007, cette dernière loi modifie plusieurs codes français, notamment le code de l'action sociale et des familles, le code civil et le code de la santé publique et affiche les enjeux suivants :

- améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance,
- sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance,
- adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme.

Elle ajoute aux missions de l'ASE l'importance de « *veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme* » (article 12) : cela passe par la prise en compte des besoins de l'enfant en le questionnant afin d'adapter sa prise en charge, cette dernière devra être réévaluée régulièrement afin de correspondre à son projet de vie (PPE ou projet pour l'enfant).

Mentionné dans la partie « code civil », la procédure de traitement des situations de délaissement parental a également été rénovée par cette loi permettant à un plus grand nombre d'enfants délaissés, sans contact avec leurs parents, d'avoir un projet de vie s'orientant plus rapidement vers un hébergement en famille d'accueil ou une adoption. Dans les faits, comme nous le verrons à la fin de cette première partie, la construction d'un projet d'adoption pour les enfants admis à la suite d'une déclaration de délaissement prend en moyenne 12 mois (ONPE, 2019).

Elle renforce la diversification des modes d'interventions déjà initiée par la loi du 5 mars 2007 en y ajoutant la possibilité d'accueillir dans un centre parental « *les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs deux parents quand ceux-ci ont besoin d'un soutien éducatif dans l'exercice de leur fonction [ainsi que] les deux futurs parents pour préparer la naissance de l'enfant* » (article 20).

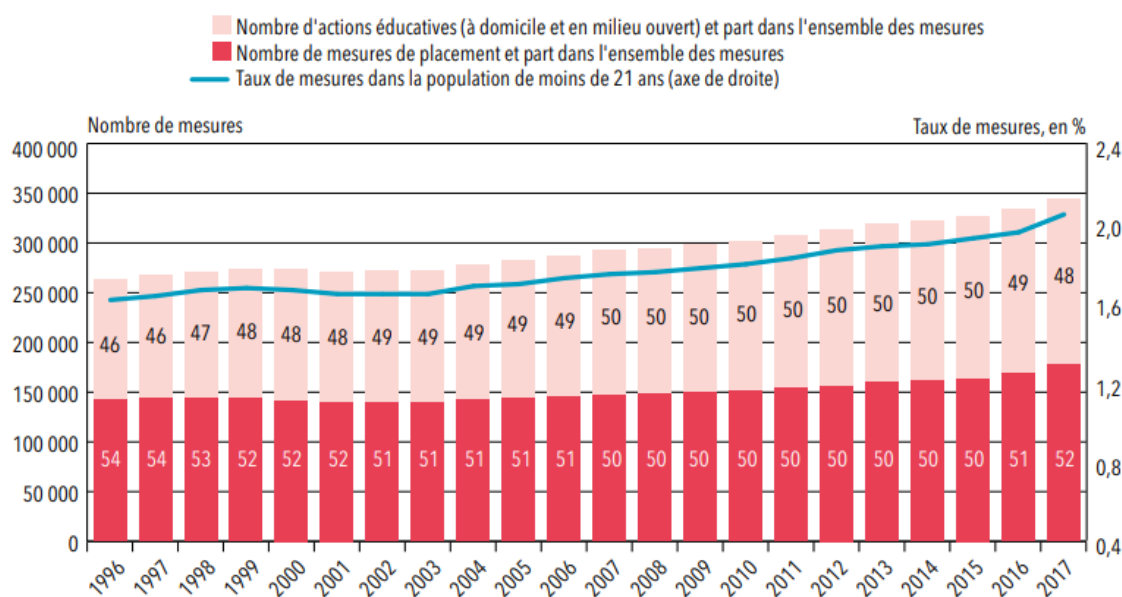
Enfin, elle permet un accompagnement de l'enfant lors de son passage à la majorité en réalisant « *un bilan de son parcours pour envisager les conditions de son accompagnement vers l'autonomie* » (article 15), le passage à l'âge adulte étant particulièrement difficile pour ces enfants, même caractérisé de brutal avec un fort risque d'exclusion sociale (rapport ONED de 2009 « Entrer à l'âge adulte » (ONPE, 2009)). L'enquête « *Sans-domicile* » réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Études Épidémiologiques (INSEE) en 2012 rapporte que 26% des personnes sans domicile nées en France ont eu un parcours au sein de la protection de l'enfance (Yaouancq et Duée, 2014).

1.2. La protection de l'enfance aujourd'hui en France

Le système de protection de l'enfance en France se divise en deux volets : la protection administrative, relevant des conseils départementaux, et la protection judiciaire relevant de l'État. Pour rappel, la cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes propre à chaque département évalue les informations préoccupantes et la possibilité de prestations sociales. Le cas échéant, si les parents refusent la mesure administrative, un signalement est adressé à l'autorité judiciaire afin de mettre en place une mesure judiciaire. Enfin, si la situation relève d'une extrême urgence, le juge est saisi directement. La protection judiciaire est donc définie comme subsidiaire à la protection administrative qui doit être proposée systématiquement tant qu'il y a une collaboration des parents. L'aide sociale à l'enfance intervient dans ces deux champs de la protection de l'enfance (Derville et Rabin-Costy, 2014).

Que la protection soit d'ordre administrative ou judiciaire, deux principaux modes d'interventions coexistent : les mesures éducatives (interventions à domicile ou aides financières) et les mesures de placement en dehors du milieu de vie de l'enfant.

Depuis 2007, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) comptabilise quasiment autant de mesures éducatives que de placement avec, en 2017, 177000 placements contre 167000 actions éducatives sur l'ensemble du territoire français (Figure 6) (DRESS, 2019).



Lecture > Au 31 décembre 2017, les mesures d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert) représentent 48 % de l'ensemble des mesures.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Figure 6 : évolution des mesures d'ASE de 1996 à 2017 en France
(source : DREES - Ministère des solidarités et de la santé)

Nous étudierons dans cette partie les différentes mesures proposées par la protection administrative ou judiciaire. Les différents types de placement proposés en Meurthe-et-Moselle seront détaillés dans le chapitre 1.3.

1.2.1. La protection administrative

Les mesures relevant de la protection administrative sont accordées par le conseil départemental après évaluation de la situation familiale pour connaître les besoins de cette famille et estimer la motivation des parents à améliorer les conditions de vie de leur enfant. En effet, ces mesures n'ont lieu d'exister que si les parents sont réellement et durablement investis pour résoudre leurs difficultés dans l'éducation de leur enfant, cet investissement étant réévalué au fil du temps (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019). Elle est mise en œuvre par le département avec le soutien des communes et des associations locales.

Les prestations issues de la protection administrative se présentent sous différentes formes.

- Des aides financières accordées ponctuellement à titre exceptionnel ou mensuellement (article L.222-3 du CASF) : il s'agit des **aides financières enfance-famille** (AFEF).

- Des **aides à domicile** afin de pallier les différentes difficultés familiales (éducation, gestion du budget) et soutenir les familles dans leur environnement. Ces aides à domiciles sont variées.
 - L'action d'un **technicien de l'intervention sociale et familiale à titre éducatif** (TISFE) permet d'accompagner les familles dans l'organisation de la vie quotidienne (tâches ménagères, gestion du budget), soutien aux fonctions parentales (éducation, éveil de l'enfant) et soutien lors d'évènements familiaux (maladie, naissance, décès, handicap, etc...).
 - **L'accompagnement en économie sociale et familiale** (AESF) peut quant à elle s'effectuer à domicile ou dans une structure du conseil départemental et s'adresse à « *des familles dont les difficultés de gestion budgétaire peuvent représenter un danger ou un risque de danger pour un ou plusieurs enfants* » et a pour objectif « *une autonomie dans la gestion budgétaire, dans l'intérêt de l'enfant, pour une meilleure prise en compte de ses besoins* » (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019).
 - **L'aide éducative à domicile** (AED) fait intervenir un travailleur social pour aider les familles dans leurs difficultés éducatives lors d'un évènement ponctuel qui perturbe l'équilibre familial ou lorsqu'elle a besoin d'un appui supplémentaire au sein du domicile (rétablissement des frontières enfants-parents, définition de la fonction parentale, etc...).

- **Des interventions spécifiques** auprès de l'environnement global de l'enfant et du jeune majeur (famille, école, etc...)
 - Le **relais éducatif parents-enfants** (REPE) est une mesure spécifique du département de Meurthe-et-Moselle pour renforcer la protection administrative et assurer un meilleur suivi de l'enfant et de sa famille. Il concerne les mineurs de moins de 7 ans, les parents et leur

environnement. Son objectif est de prévenir dès le plus jeune âge les difficultés éducatives et de sécuriser les retours en famille des enfants accueillis (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019).

- **La mesure éducative et sociale de soutien à l'adolescent et à sa famille** (MESSAF) est destinée aux jeunes de 13 à 18 ans et leur famille et consiste en une intervention à domicile d'un travailleur social.
 - **L'aide aux jeunes majeurs** concerne les jeunes confiés à l'ASE pendant leur minorité : ils peuvent alors être accueillis en famille d'accueil ou en établissement ou peuvent encore bénéficier d'un contrat jeune majeur pour obtenir une aide éducative et/ou financière.
- Des **accueils en établissements** (à la journée, provisoirement, ou en urgence)
- **L'accueil de jour** est proposé quand l'environnement de l'enfant ne permet pas son épanouissement ou encore quand sa scolarité est compromise.
 - **L'accueil provisoire** (AP) consiste à la séparation de l'enfant avec ses parents avec l'accord de ces derniers. Il peut avoir lieu lors de difficultés ponctuelles (maladie d'un des deux parents, accouchement, décès, etc...) ou lors de difficultés structurelles quand l'environnement de l'enfant ne permet pas son développement optimal. La séparation permet alors de prévenir l'aggravation de la situation.
 - **L'accueil et l'accompagnement des futures mères ou des mères et de leurs enfants de moins de 3 ans** concerne les mères isolées « *qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment lorsqu'elles sont sans domicile* » (article L.222-5-4^e du CASF).
 - **L'accueil d'urgence** en protection administrative permet un accueil provisoire en urgence sans autorisation des représentants légaux. Il est utilisé exceptionnellement lorsqu'un enfant se retrouve seul et que les parents sont injoignables.

Après évaluation, le conseil départemental décide directement de la mesure adaptée à l'enfant et sa famille. Un suivi est ensuite réalisé par un responsable territorial de l'ASE afin de réévaluer de la nécessité de cette mesure.

1.2.2. La protection judiciaire

La protection judiciaire de l'enfant et du jeune majeur est mise en œuvre par l'État sous l'autorité du procureur et du juge des enfants et intervient ainsi en seconde intention, après la protection administrative.

Comme vu précédemment, les interventions en protection administrative nécessitent l'accord, et à fortiori la coopération, des parents. Cependant, si les parents ne consentent pas à la mesure, si la mesure de protection administrative a échoué ou si l'évaluation initiale de la situation est impossible (par exemple si les parents refusent les entretiens ou que l'enfant est toujours absent lors des rendez-vous), le conseil départemental peut saisir le procureur de la République pour instaurer une intervention par le biais de la protection judiciaire. En effet, seul le juge peut passer outre le consentement des parents afin de mettre en place la meilleure solution pour l'enfant. Le juge des enfants fixe la durée de la mesure qui ne peut excéder 2 ans mais qui est renouvelable si la situation le nécessite. Il détermine également les modalités d'exercice de l'autorité parentale (droit de visite, d'hébergement ou de correspondance) qui est conservée par les parents.

Les interventions issues de la protection judiciaire peuvent être de différents types.

- **La mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial**

Elle intervient quand les prestations familiales ne sont pas utilisées pour les besoins liés à l'enfant et que l'accompagnement instauré en protection administrative (AESF) devient insuffisant. Le juge désigne une personne physique ou morale dite « déléguée aux affaires familiales » qui perçoit tout ou partie desdites prestations pour prendre les décisions budgétaires concernant les besoins de l'enfant. L'adhésion des parents doit être recherchée et comme en protection administrative, l'objectif est de restaurer l'autonomie dans la gestion des prestations.

- **La mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO)**

Ordonnée par le juge des enfants lorsque la protection ou l'éducation d'un enfant par ses parents est insuffisante, la mesure d'AEMO permet le maintien du mineur dans son milieu de vie habituel. Un travailleur social intervient à domicile afin de retisser les

liens enfant(s)-parents par l'intermédiaire d'actions dans les domaines éducatifs (culture, sport, santé, aide scolaire) et sociaux (aide à l'intégration sociale de l'enfant, développement personnel ou insertion professionnelle pour les adolescents et jeunes majeurs). Le travailleur social rencontre également les personnes évoluant dans l'environnement de l'enfant (famille, instituteur, médecin) pour connaître le niveau de difficultés et assister la famille en fonction. Il rédigera un rapport au juge des enfants qui détermine si la mesure doit être arrêtée ou non, ou si elle doit évoluer sur un autre type d'intervention.

- **La mesure de placement**

Elle implique la séparation de l'enfant avec sa famille car le niveau de danger est élevé ou la coopération des parents est impossible à obtenir. Selon l'article 375-3 du code civil, le juge des enfants peut alors confier l'enfant « *à l'autre parent, à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, à un service départemental de l'ASE ou à un service ou établissement habilité pour l'accueil des mineurs à la journée* ».

De plus, le placement est qualifié de direct quand le juge des enfants ordonne le placement auprès d'un tiers digne de confiance ou d'un « *service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé* » (article 375-3-5^e du code civil). L'enfant est dans ce cas placé en dehors des services de l'ASE. Les différents types de placement seront détaillés au paragraphe suivant.

Enfin, le REPE et l'accueil de jour, déjà évoqué en protection administrative, peuvent également être ordonné par le juge des enfants.

Les mesures prises dans le cadre de la protection de l'enfance n'ont pas pour vocation d'être irrévocables. Ainsi, d'après l'article 375 du code civil, « *un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants* » qui réévaluera la nécessité de l'action. Le passage d'une mesure de protection judiciaire à une mesure de protection administrative est envisageable et souhaité dès que la situation le permet.

1.2.3. Le projet pour l'enfant

Le projet pour l'enfant est né dans la démarche de replacer l'enfant au centre des décisions relatives à sa protection, initiée par la loi du 5 mars 2007 et poursuivie par la loi du 14 mars 2016. Cette dernière loi indique que le projet pour l'enfant doit être « *établi pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire [et] vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social* » (article 223-1-1 du CASF).

Il s'agit d'un document contractuel cosigné par le président du conseil départemental, les représentants légaux du mineur et un responsable de chaque organisme chargé de mettre en œuvre les interventions. Il désigne également un professionnel référent de l'ASE afin d'assurer le suivi de l'enfant.

Ce projet prend en compte 3 domaines de vie de l'enfant qui sont :

- « *le développement, la santé physique et psychique de l'enfant* ;
- *les relations avec la famille et les tiers* ;
- *la scolarité et la vie sociale de l'enfant* » (Legifrance, 2016e).

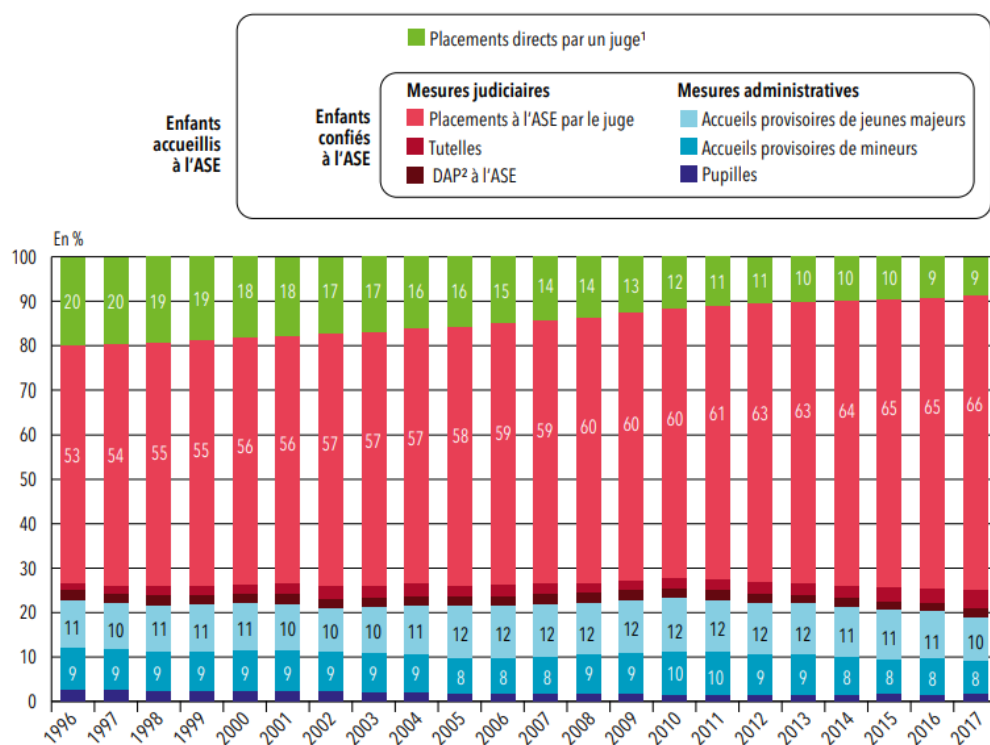
Pour chacun des trois domaines de vie, un état des lieux sera réalisé et des observations et/ou propositions des parents et de l'enfant permettront d'établir une base pour définir les actions nécessaires pour améliorer la qualité de vie de l'enfant. Le rôle des parents, les objectifs visés par l'ASE et les délais de mise en œuvre des actions y sont également détaillés. Ce document est réévalué « *au moins tous les ans pour les enfants de plus de deux ans et au moins tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans* » (Legifrance, 2016e).

Il semble néanmoins que ce projet n'est pas encore élaboré ni appliqué dans tous les départements français. Seulement 16% des départements en 2016 auraient un PPE finalisé qu'ils appliqueraient dans la majeure partie des cas (Euillet et coll., 2016).

1.3. Le placement de l'enfant

Nous l'avons vu précédemment, le placement consiste à séparer l'enfant de sa famille et donc de son milieu de vie habituel afin de le protéger des négligences voire de la maltraitance. Le placement permet de redonner à l'enfant un cadre de vie propice à son développement. Il est envisagé dans des situations de danger imminent pour l'enfant ou lorsque la collaboration avec les parents est difficile voire impossible ou a échoué.

Ainsi, au 31 décembre 2017, en France, la DRESS a comptabilisé 177000 mesures de placement en cours au titre de l'ASE dont 80% d'origine judiciaire (DRESS, 2019) (Figure 7). Nous étudierons dans cette partie les caractéristiques du placement et les différents types d'hébergements possibles au niveau du département de la Meurthe-et-Moselle. Notre population cible sera celle des enfants confiés au service de l'ASE par le biais des deux types de mesures, administrative ou judiciaire.



1. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.
 2. Délégations de l'autorité parentale, y compris retraits partiels de l'autorité parentale.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Figure 7 : évolution des mesures de placement de 1996 à 2017 en France (source : DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019)

1.3.1. Les caractéristiques du placement et son lien avec l'autorité parentale

À l'issue de l'évaluation de l'information préoccupante par la cellule de recueil départemental, un placement de l'enfant peut être nécessaire. Il se fera ainsi soit par le biais de la protection administrative soit par le biais de la protection judiciaire.

Lorsqu'il s'agit d'une mesure de protection administrative, le président du conseil départemental se place en chef de file de la protection de l'enfance : il doit s'assurer du suivi de la mesure, d'en réévaluer sa nécessité pour la modifier ou y mettre un terme. La décision du lieu de placement de l'enfant est choisie conjointement entre le service de l'ASE et la famille. Enfin il peut également saisir le procureur de la République par l'intermédiaire d'un signalement dans le cas d'un échec de la mesure, d'un refus de la famille, d'une évaluation initiale impossible ou en cas de danger grave et imminent pour l'enfant. Le procureur évalue ce signalement et saisit le juge des enfants qui ordonnera une mesure de protection judiciaire.

Le juge décide ainsi de confier l'enfant à l'ASE par l'intermédiaire d'une ordonnance de placement provisoire, d'une durée maximum de 6 mois, ou d'un jugement, d'une durée maximum de 2 ans. Cette mesure de placement peut être renouvelée par décision motivée du juge des enfants. De plus, elle peut excéder deux années quand *« les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques [...] affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale »*. Cette dérogation permet alors à l'enfant de *« bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir »* (Legifrance, 2016b). Un rapport rédigé annuellement par le service ou établissement en charge d'accueillir l'enfant est transmis au juge qui réévalue la nécessité de cette mesure et envisage, selon les situations, un retour en famille. La mesure peut également être modifiée à tout moment par le juge s'il est saisi par l'intermédiaire d'une requête émise par l'enfant lui-même, ses parents, son tuteur ou la personne à qui a été confié l'enfant.

Le juge des enfants détermine les conditions de visites et d'hébergements des parents : elles peuvent ainsi être décidées conjointement par la personne, le service

ou l'établissement qui accueille l'enfant et les parents mais peuvent aussi être temporairement suspendu si l'intérêt de l'enfant l'exige (article 375-7 du code civil). Afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par les parents, le lieu d'accueil de l'enfant doit être proche du domicile des détenteurs de l'autorité parentale. De plus, si les mesures concernent plusieurs membres d'une fratrie, le lieu d'accueil doit permettre de les recueillir ensemble pour maintenir les liens entre frères et sœurs (article 375-7 du code civil).

Nous remarquons cependant lors de nos recherches que le lien familial est parfois maintenu au détriment de la santé de l'enfant. Pour exemple, l'auteur et psychanalyste Maurice Berger met en évidence dans son livre « Échec de la protection de l'enfance » une politique familialiste du système de protection de l'enfance : certains parents exercent une certaine nocivité dans leurs rapports avec leurs enfants. Même si les visites peuvent perturber profondément l'enfant, et ce quel que soit son âge, elles sont trop souvent maintenues au titre de l'exercice des droits parentaux (Berger, 2004). Cela concerne les parents jugés très inadéquats avec notamment des problèmes psychiatriques assez lourds à porter pour un enfant.

Concernant l'autorité parentale, l'article 375-7 du code civil mentionne que « *les parents exercent tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas incompatibles avec la mesure* ». Nous rappelons que l'autorité parentale est « *l'ensemble des droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* » (article 371-1 du code civil) : elle comprend, entre autres, les droits d'entretenir des relations personnelles entre parents et enfant, des devoirs de protection et d'entretien de l'enfant ainsi que la gestion de son patrimoine. Lors d'une mesure de protection judiciaire, l'exercice de l'autorité parentale est dit aménagé : le service de l'ASE peut réaliser seul les actes usuels de l'autorité parentale (cela concerne les actes de la vie quotidienne qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant). À contrario, les actes non usuels ne peuvent être effectués sans l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale. La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS – Ministère des Solidarités et de la santé) a ainsi rédigé un guide pour clarifier les actes usuels ou non à destination des conseils départementaux (DGCS, 2018).

Pour ce qui concerne le domaine de la santé, des recommandations ont donc été rédigé pour aiguiller les professionnels (DGCS, 2018) (Tableau 1). Hors cas d'urgences, les parents doivent consentir aux actes préventifs, curatifs et à toute intervention chirurgicale (article 371-1 du code civil et article R. 1112-35, 3^e alinéa du CSP). Néanmoins, un médecin peut délivrer les soins indispensables si le refus compromet gravement la santé de l'enfant (article L.111-4 du CSP) et le médecin responsable du pôle de l'établissement peut saisir le ministère public pour réaliser les soins qui s'imposent, notamment en cas d'intervention chirurgicale (article R. 1112-35 du CSP). Seules la mise en place d'une contraception (article L. 5134-1 du CSP) et l'interruption volontaire de grossesse (article L. 2212-7 du CSP) ne requiert par le consentement parental.

Deux types d'actes ont fait l'objet d'un contentieux afin d'en distinguer le caractère usuel ou non (DGCS, 2018) :

- les séances ponctuelles avec un psychologue dans un but de prévention de la santé mentale sont considérées comme usuelles alors que la psychothérapie de longue durée avec une grande régularité est considérée comme non usuelle (Cour d'Appel de Lyon, 28 février 2011 n°10/03604 2007/00476)
- la circoncision est considérée comme usuelle si jugée médicalement nécessaire (Cour d'Appel de Versailles, 1er janvier 2016, n°15/08970) et non usuelle dans le cadre d'un acte à caractère religieux (Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 26 janvier 1994, n°92-10838, D. 1995. 226).

Tableau 1 : répartition des actes usuels ou non concernant la santé de l'enfant (d'après la Direction Générale de la Cohésion Sociale, 2018)

Actes non usuels pour lesquels l'ASE doit demander l'autorisation des parents	Actes usuels que l'ASE peut décider seule en informant les parents
Vaccination	
Vaccinations non obligatoires	Vaccins obligatoires
Traitement médical	
Mise en place d'un traitement médical au long cours	Poursuite d'un traitement récurrent Soins courants Suivi de santé

Enfin, à la demande des parents ou si la situation du mineur l'exige, l'autorité parentale peut être déléguée, retirée et l'enfant peut être placé sous tutelle.

- **Délégation de l'autorité parentale**

Elle peut être déléguée par le juge des affaires familiales au service de l'ASE, après avis du juge des enfants. La délégation de l'autorité parentale peut être réalisée à la demande des titulaires de ladite autorité ou par le service de l'ASE « *en cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale* » (article 377 du code civil). Elle peut être partielle ou totale. Concrètement, les parents restent détenteur de l'autorité parentale mais son exercice est transmis au service de l'ASE. Ainsi si la délégation est totale, le service de l'ASE prend toutes les décisions concernant la prise en charge du mineur (santé, éducation, etc...) mais les parents doivent donner leur consentement pour les actes d'adoption, de mariage et d'émancipation. Si la délégation est partielle, le juge déterminera les actes dont les parents conservent l'exercice en accord avec le service de l'ASE (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019).

- **Retrait de l'autorité parentale et déclaration judiciaire de délaissement parental**

L'autorité parentale peut être retirée par condamnation pénale en cas de crime ou délit des parents sur l'enfant, d'un des parents sur l'autre parent ou si les parents sont complices ou coauteurs d'un crime ou délit de leur enfant (article 378 du code civil). Elle peut également être retirée par procédure civile en cas de mauvais traitements ou de consommation excessive d'alcool ou de stupéfiants mettant en danger l'enfant (article 378-1 du code civil). La demande de retrait de l'autorité parentale est effectuée au tribunal de grande instance par le ministère public, un membre de la famille de l'enfant ou le tuteur de l'enfant. Le retrait peut être partiel auquel cas les parents conservent le droit de consentir à l'adoption, au mariage et à l'émancipation de l'enfant. L'enfant est alors confié à un tiers ou au service de l'ASE.

De même, les parents qui n'ont pas exercé leurs droits et devoirs envers leur enfant placé pendant plus d'un an peuvent se voir retirer leur autorité parentale par requête de l'ASE au tribunal de grande instance : il s'agit alors d'une déclaration judiciaire de délaissement parental (article 381-1 et 381-2 du code civil). Cela concerne les parents qui se sont manifestement désintéressés de leurs enfants en n'exerçant pas leur droit de visite par exemple. Le tribunal délègue alors l'exercice de l'autorité parentale au service de l'ASE et l'enfant devient alors pupille de l'État.

- **Mise sous tutelle sociale**

Les enfants dont les parents se sont vus retirés l'autorité parentale sont placés sous tutelle sociale. Elle est exercée par le service de l'ASE si aucun membre de la famille ne veut l'exercer : l'ASE peut alors prendre toutes les décisions concernant le mineur. Le consentement à l'adoption, au mariage et l'émancipation est cependant requis par le juge des tutelles (article 390 du code civil).

1.3.2. Les possibilités de placement

Le placement revêt un caractère varié, évolutif et adapté à chaque situation, aussi délicate soit elle. Nous étudierons dans cette partie les différents dispositifs d'accueil de l'enfant au sein du département de la Meurthe-et-Moselle, l'organisation des hébergements étant propre à chaque département (article L. 221-2 du CASF).

- **Le placement chez l'autre parent, chez un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance (article 375-3, 1^e et 2^e alinéa du code civil)**

Ce type de placement rentre dans la catégorie des placements dits directs avec le placement par le juge auprès d'un établissement ou service et la délégation de l'autorité parentale à un particulier ou un établissement. Ainsi en 2017, 70% des placements directs se font auprès d'un tiers digne de confiance (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014). Le tiers digne de confiance est désigné provisoirement pour une durée maximale de 1 an renouvelable. Il accomplit les actes nécessaires au développement de l'enfant en lui assurant un cadre de vie sécurisant : une aide financière peut lui être accordé pour garantir sa sécurité, sa santé et son éducation.

- **La prise en charge par l'aide sociale à l'enfance**

- Le réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM) (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019)

En Meurthe-et-Moselle, un réseau est mis en place afin de répondre aux demandes de placement urgentes et immédiates : il s'agit du Réseau Éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM). Le REMM rassemble différents établissements qui permettent d'accueillir l'enfant à court et moyen terme pour répondre aux situations urgentes de

séparation avec l'environnement familial. Ces établissements sont répartis sur le département afin de répondre aux besoins locaux et de garantir la proximité avec les familles (Figure 8).

Nous retrouvons alors différentes structures permettant d'accueillir plus de 450 enfants (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019).

- Un **service de régulation** des admissions et des orientations internes.
- **Deux unités d'accueil d'urgence** situées à Laxou et Nancy qui permettent l'hébergement en urgence des enfants âgés de 3 à 18 ans confiés à l'ASE (15 places).
- **Trois unités d'accueil et d'orientation (37 places) et cinq unités d'accueil pour adolescents (48 places)** : 85 places sont ainsi disponibles et réparties sur les villes de Longwy, Pont-à-Mousson, Laxou, Toul, Tomblaine, Seichamps, Moncel-les-Lunéville. Les enfants y sont accueillis provisoirement sur des délais pouvant aller de 3 à 6 mois.
- **Trois unités pédagogiques** qui accueillent des enfants âgés de 3 à 18 ans à moyen terme, sur des durées pouvant aller de 12 à 18 mois. Ces unités disposent de 39 places sur les villes de Longwy, Toul et Malzéville.
- **Une pouponnière** qui permet d'accueillir les enfants de moins de 3 ans confiés par le juge des enfants en urgence ou confiés à l'ASE par leur mère à la suite d'un accouchement sous X. La pouponnière est située à Laxou et dispose de 65 places.
- **Un centre maternel** à Nancy qui héberge les femmes enceintes et les mères accompagnées leurs enfants âgés de moins de 3 ans lorsqu'elles « *ont besoin d'un soutien matériel et psychologique* » (article L. 222-5 du CASF). Ce centre dispose de 20 places pour les mères et 17 places pour les enfants.
- **Un service d'accueil des mineurs isolés étrangers (SAMIE)** d'une capacité de 212 places situé à Laxou.

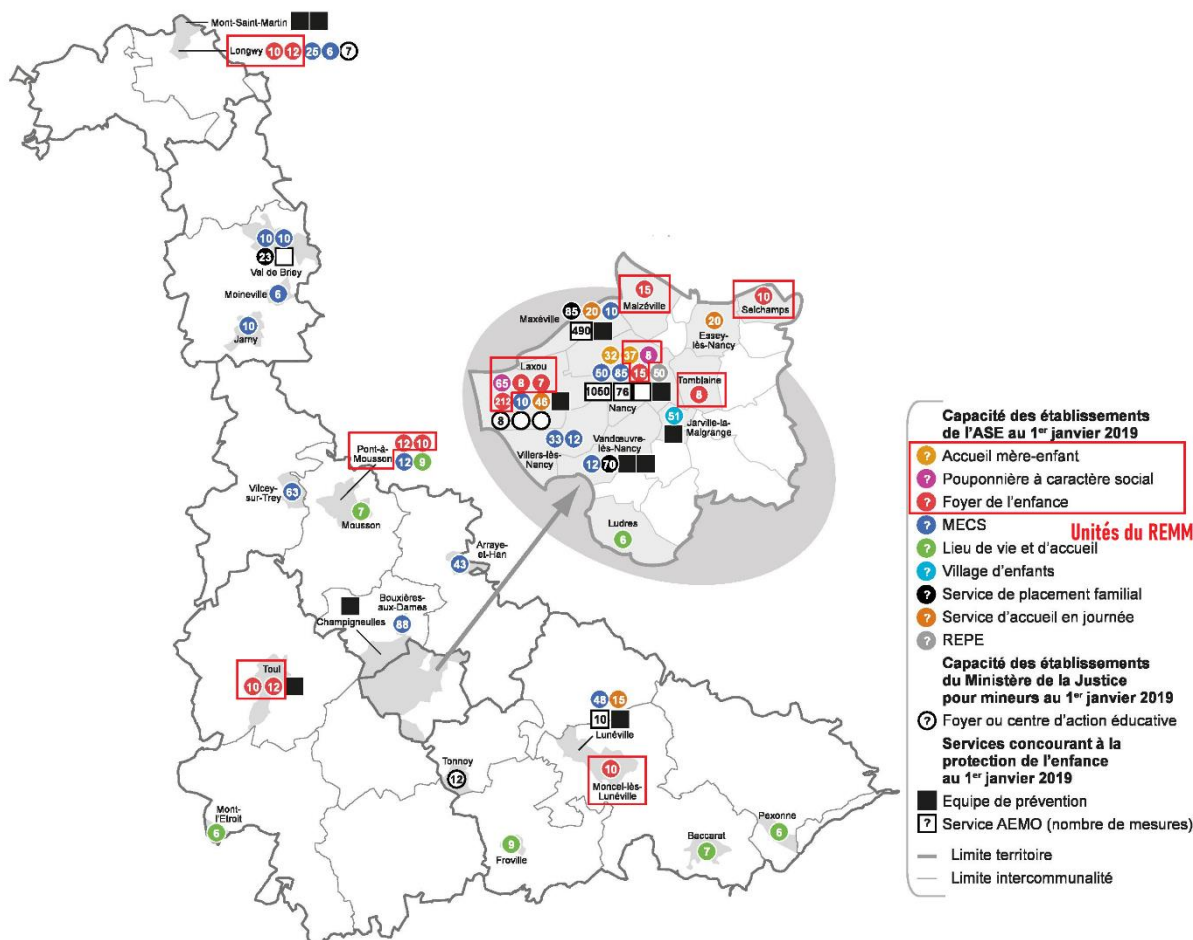


Figure 8 : répartition géographique des unités du REMM (source : conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019)

- **Les maisons d'enfants à caractère sociale (MECS)** (Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2019 ; Derville et Rabin-Costy, 2014)

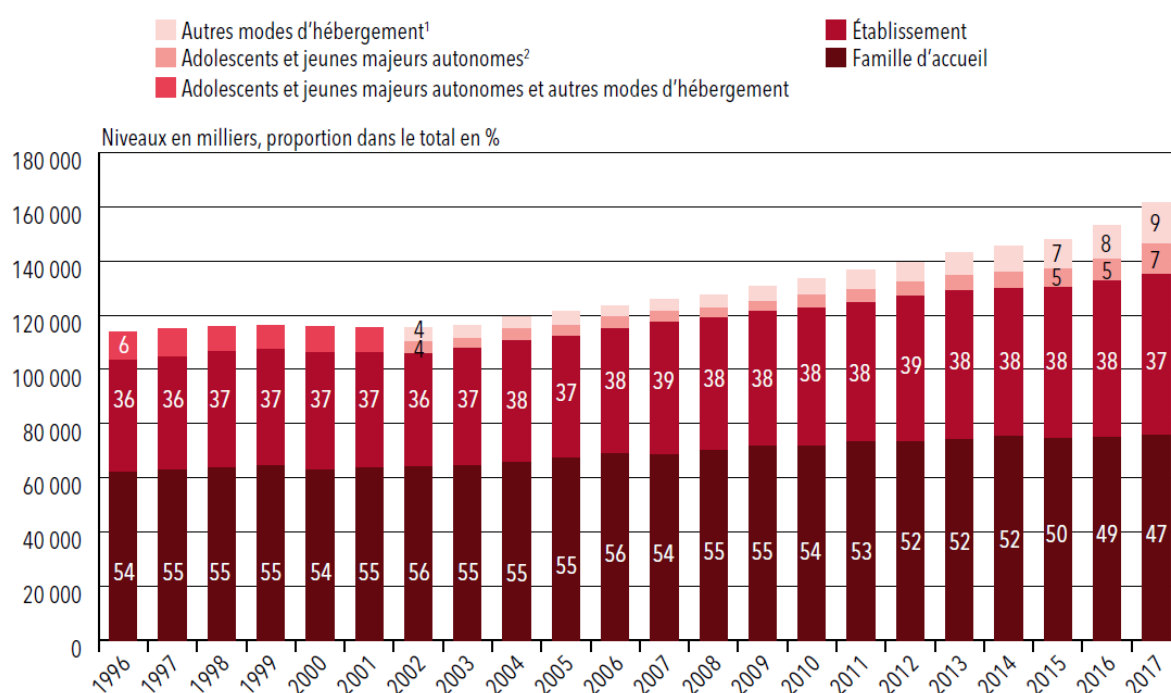
Ce sont des établissements du secteur associatif permettant d'accueillir à long terme des enfants de 3 à 18 ans et des jeunes majeurs de moins de 21 ans. Elles permettent spécifiquement le regroupement des frères et sœurs et offrent aux enfants des conditions de vie aussi normales que possibles. Les MECS bénéficient d'une habilitation ASE, Justice ou ASE et Justice ainsi que d'une autorisation du département. Plus de 470 places sont ainsi disponibles au sein de différents établissements sur le département (Tableau 2).

Tableau 2 : répertoire des MECS du département de Meurthe-et-Moselle en 2013
(source : d'après le rapport « Sens et Méthode » du conseil général de Meurthe et Moselle, 2013, et mis à jour par appels téléphoniques aux établissements)

MECS		Association	Adresse	Capacité	Âge	Habilitation
Village SOS		Village SOS de France	54140 Jarville	56	3-18 ans	ASE
La Chaumière		Les Amis de la Chaumière	Vilcey-sur-Trey 54700 Pont-à-Mousson	60	3-18 ans	
			54200 Toul	30		
Home d'accueil		Avenir	54400 Longwy	25	3-18 ans	ASE et justice
Maison d'enfants Clairjoie			54136 Bouxières-aux-Dames	83	3-18 ans	
Maison d'enfants du Méhon		OHS	54300 Lunéville	46	3-18 ans	
AEPH Accueil Éducatif du Pays Haut		La vie au Grand Air	La cour des Grands	54150 Briey	9	
			La Farandole	54800 Jarmy	10	5-14 ans
			La Marelle	54150 Briey	10	10-15 ans
			L'Origami	54400 Longwy	6	5-8 ans
			Le Carrousel	54580 Moineville	6	4-8 ans
MECS enfants		REALISE	Maison de l'Asnée	54600 Villers-les-Nancy	33	6-16 ans
			Allée Neuve	54520 Laxou	10	12-16 ans
			Han-sur-Seille	54760 Arraye et Han	53	3-15 ans
MECS Adolescents		REALISE	Foyer de Nancy	54000 Nancy	12	15-18 ans + jeunes majeurs
			Studio	Nancy et banlieue	12	
			Foyer de Pont-à-Mousson	54700 Pont-à-Mousson	12	

○ **Le placement en famille d'accueil et le service de placement familial spécialisé**

Les enfants confiés à l'ASE peuvent être placés auprès d'un assistant familial qui constitue avec les autres membres de sa famille, une famille d'accueil. L'enfant est alors placé au domicile de l'assistant familial de façon permanente. Être assistant familial est un métier à part entière : cela nécessite la délivrance d'un agrément par le service de la PMI après une formation initiale de près de 300 heures. L'assistant familial permet à l'enfant placé d'avoir une figure d'adulte stable qui lui permettra de grandir et d'accéder à son autonomie en maintenant ses relations avec sa propre famille. Le placement en famille d'accueil concerne la moitié des enfants confiés à l'ASE en France (Figure 9). En 2017, 543 enfants ont été placés en famille d'accueil en Meurthe-et-Moselle (DRESS, 2019).



1. Autres modes d'hébergement : internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante, etc.

2. Adolescents et jeunes majeurs autonomes : foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Figure 9 : évolution du nombre et de la répartition par mode d'hébergement des enfants confiés à l'ASE (source : DRESS – Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019)

Les services de placements familiaux spécialisés concernent quant à eux les enfants nécessitant un accompagnement soutenu notamment à cause de carences, de dysfonctionnements familiaux importants ou de problématiques de santé spécifiques.

En Meurthe-et-Moselle, ces lieux d'accueil se situent à Vandoeuvre et Briey pour accueillir plus de 100 enfants (Tableau 3).

Tableau 3 : répertoire des services de placement familial spécialisé en Meurthe-et-Moselle (d'après les informations du rapport « Sens et Méthode » du conseil général de Meurthe et Moselle, 2013, et mis à jour par appels téléphoniques aux établissements)

Service de placement familial spécialisé	Association ou organisme gestionnaire	Adresse	Capacité d'accueil	Âge
Maison d'enfants du placement familial spécialisé	REALISE	86 Avenue Jean Jaurès 54500 Vandoeuvre les Nancy	9	4-10 ans
Centre de placement familial socio-éducatif	Office d'Hygiène Sociale (OHS) Lorraine	1 rue du Vivarais 54500 Vandoeuvre-les-Nancy	78	3-18 ans
Placement familial spécialisé (en famille d'accueil)	La vie au Grand Air	54150 Briey	15	2 mois à 18 ans

○ **Les lieux de vie et d'accueil (LDVA)**

Enfin, les lieux de vie et d'accueil vont accueillir des enfants qui vont présenter des difficultés sociales importantes, des troubles du comportement voire des antécédents de délinquance et pour qui un suivi spécifique devra être mis en place, nécessitant ainsi un cadre adapté. Elles permettent l'accompagnement et la réinsertion sociale de ces enfants aux besoins particuliers. Elles doivent obtenir une autorisation délivrée par le président du conseil général. Le département de Meurthe-et-Moselle dispose ainsi de 50 places réparties dans sept LDVA (Tableau 4).

Tableau 4 : répertoire des LDVA en Meurthe et Moselle en 2019
 (source : d'après les données du rapport « Sens et Méthode » du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, 2013, et du site <http://ldva.essonne.fr/> mettant à disposition l'annuaire des LDVA en France, 2019)

LDVA	Adresse	Capacité d'accueil et mixité de l'établissement	Âge
Kart'Ados	2A rue du Prieuré 54120 Baccarat	7 Établissement masculin	6-12 ans 12-18 ans
La Galoche	1 chemin de l'Armagnerie 54170 Mont l'étroit	6 Établissement masculin	12-18ans
Roger Blanchard	Centre PEP La Combelle 54540 Pexonne	6 Établissement mixte	12-18 ans
Le moulin de l'Ebrouelle	L'Ebrouelle 54290 Froville	9 Établissement mixte	6-12 ans 12-18 ans
Gourvernail 54	3 rue de la chapelle 54700 Mousson	7 Établissement mixte	12-18ans 18-21 ans
Le Gaïac	40 avenue du général Leclerc 54700 Pont-à-Mousson	9 Établissement mixte	12-18 ans 18-21 ans
Fa Si La Do	102 allée du Chêne 54710 Ludres	6 Établissement masculin	12-18 ans

1.3.3. Les pupilles de l'État

Évoquées dans notre partie 1.1, les conditions d'admission en qualité de pupille de l'État sont définies par l'article L.224-4 du CASF. Si un enfant devient pupille de l'état, un procès-verbal est alors établi et mentionne que les parents, s'ils sont connus, ont été informés des aides possibles pour élever leur enfant, des délais dont ils disposent pour reprendre leur enfant (2 mois si les parents ont eux-mêmes remis leur enfant à l'ASE, sinon 6 mois) et de la possibilité de laisser des renseignements les concernant (santé, origines, raisons de la remise de l'enfant à l'ASE). Le procès-verbal peut contenir également le consentement des parents à l'adoption de leur enfant, ces derniers étant également informés des délais de rétractation (2 mois si l'enfant n'a pas été placé en vue de l'adoption) (article L. 224-5 du CASF). À partir de la date du procès-verbal, l'enfant est admis en qualité de pupille à titre provisoire et confié à l'ASE et sa mise sous tutelle est alors organisée.

La filiation n'est pas modifiée par cette admission, l'enfant garde donc son nom de famille, mais les parents n'exercent plus l'autorité parentale : l'enfant est sous la

responsabilité du président du conseil départemental qui s'assurera de sa sécurité et sous la tutelle du préfet du département et d'un conseil de famille nommé par le préfet. Préfet et conseil de famille sont compétents concernant les décisions de placement et d'adoption de l'enfant ainsi que pour la gestion de ses biens.

D'après l'article 63-1 du code de la famille et de l'aide sociale, « *les enfants admis en qualité de pupille de l'État [...] doivent faire l'objet d'un projet d'adoption dans les meilleurs délais* », à moins que l'adoption ne soit pas adaptée à la situation de l'enfant, auquel cas le tuteur doit expliquer les motifs au conseil des familles.

1.3.4. L'adoption

Comme mentionné sur le site internet officiel de l'adoption créé par le service public français www.adoption.gouv.fr, le premier objectif de l'adoption est de « *donner des parents à un enfant qui n'en a pas* » : c'est pourquoi l'adoption prend tout son sens concernant les enfants placés, notamment les pupilles de l'État.

En effet, les enfants qui peuvent être adoptés sont :

- les enfants pour lesquels les parents ont consenti à l'adoption,
- et les pupilles de l'État pour lesquels l'adoption est consentie par les parents ou le conseil de famille (article 347 du code civil).

L'adoption peut être demandée par des personnes âgées de plus de 28 ans qui ont 15 ans de plus que l'enfant adopté : une personne seule ou un couple marié depuis plus de deux ans peut adopter un enfant dans ces conditions. Le site www.adoption.gouv.fr précise qu'un « *candidat non marié vivant en couple (union libre, concubinage, PACS) est juridiquement célibataire et ne peut donc adopter que seul* ». S'il n'y a pas de limites d'âge supérieure, rares sont les jeunes enfants confiés à une personne de plus de 40 ans car ils doivent assumer leur éducation sur le long terme. Un agrément doit être délivré par le conseil départemental avant toute adoption : il fait suite à une évaluation sociale et psychologique afin de confirmer la motivation et la fiabilité du projet d'adoption. Cet agrément est valable 5 ans et doit être confirmé annuellement par le demandeur auprès du service de l'ASE.

De plus, l'adoption peut être simple ou plénière.

En cas d'adoption simple, les liens de filiation avec la famille d'origine de l'enfant ne sont pas rompus, l'enfant garde son nom de famille auquel le nom de l'adoptant s'ajoute et il pourra hériter des deux familles.

En cas d'adoption plénière, l'enfant acquiert une nouvelle filiation qui remplacera celle d'origine, son nom deviendra celui de l'adoptant et héritera de ses parents adoptifs uniquement.

Nous souhaitons enfin mettre en évidence quelques chiffres issus du rapport de l'ONPE sur la situation des pupilles de l'État au 31 décembre 2017 (ONPE, 2019) :

- 2778 enfants bénéficient du statut de pupilles de l'état (soit 18,7 pour 100000 mineurs),
- 732 enfants ont été confiés à une famille en vue d'adoption : cela représente 19% des enfants ayant le statut de pupille.

Cette différence s'explique par un projet d'adoption plus long (12 mois contre 4 pour les enfants sans filiation) pour les enfants déclaré pupilles de l'État à la suite d'une déclaration judiciaire de délaissement parental alors qu'ils représentent plus de 40% des admis en pupilles de l'État.

1.4. Conduite à tenir destinée au chirurgien-dentiste face à une situation de maltraitance avérée ou suspicion de maltraitance

Tout professionnel de santé est soumis au secret professionnel et ne doit donc pas révéler « *ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » dans l'exercice de sa profession (article R. 4127-4 du code de la santé publique). D'après l'article 226-13 du code pénal, « *la révélation d'une information à caractère secret [...] est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

Cependant il existe des dérogations au secret professionnel. En effet, si un professionnel de santé a connaissances de « *privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles [...] infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger* », il doit informer les autorités compétentes (article L. 226-14 du code pénal). De même, tout soupçon de « *violences physiques, sexuelles ou psychiques* » qu'il aurait observé au cours de son examen clinique peut aussi faire l'objet d'une dérogation au secret professionnel. Ainsi, si le signalement respecte ces conditions, le professionnel de santé n'encourt aucune sanction civile, pénale ou disciplinaire (article L. 226-14 du code pénal).

La HAS rappelle dans sa fiche mémo « maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » que « *la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit* » et qu'elle « *existe dans toutes les classes sociales* » (HAS, 2017).

Messages clés

→ Y penser souvent :

- la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
- elle existe dans toutes les classes sociales ;
- il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.

→ Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.

→ Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :

- le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

Figure 10 : messages clés issus de la fiche mémo « maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » (source : HAS, 2017)

Concernant le chirurgien-dentiste, si les signes de maltraitements physiques peuvent parfois être aisément repérables s'ils se situent sur des parties visibles du corps

(ecchymoses et cicatrices nombreuses, brûlures, etc...), ils peuvent aussi ne pas être visibles tout comme la maltraitance psychologique ou sexuelle.

Néanmoins, un certain nombre d'éléments servent de signaux d'alertes pour le praticien. Dans notre pratique, nous sommes parfois confrontés à des signes de négligence parentale. Par exemple, le parent qui consulte uniquement en urgence, qui n'emmène pas son enfant pour les soins prévus au cabinet ou dans le cadre d'une anesthésie générale sans se justifier sont des éléments qui doivent alerter l'équipe de soin (en cabinet de ville ou à l'hôpital). Si la discussion est possible avec le (ou les) parent(s), elle permettra de déceler si ces éléments sont involontaires par méconnaissance ou au contraire volontaire (Pirnay 2017).

Trois éventualités sont ainsi décrites par la HAS dans son arbre décisionnel de signalement de la maltraitance chez l'enfant (HAS, 2017).

- **En cas d'urgence vitale**

Le praticien doit appeler le SAMU (numéro 15) afin de faire hospitaliser l'enfant. Un signalement au procureur de la république sera ensuite rédigé par l'hôpital. Cela concerne notamment les nourrissons ou lorsque la vie de l'enfant est directement en danger.

- **En cas de « *suspicion de danger immédiat avec auteur présumé au domicile de l'enfant* »**

Le praticien doit mettre immédiatement l'enfant à l'abri par l'intermédiaire d'une hospitalisation. En cabinet de ville et si le parent qui accompagne l'enfant est l'auteur présumé, il est possible d'adresser l'enfant à l'hôpital en urgence pour y réaliser des examens complémentaires par exemple. Le praticien doit alors joindre le service d'accueil des urgences pédiatriques afin de prévenir l'équipe médicale d'une suspicion forte de maltraitance nécessitant une hospitalisation. Il devra ensuite s'assurer que l'enfant a bien été conduit aux urgences en rappelant le service.

Dans ce cas, le signalement au procureur de la République peut être réalisé soit par le praticien qui a adressé l'enfant ou par l'hôpital. La HAS a mis à disposition sur son site internet un modèle type de signalement (Figure 11).

Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

▶ L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

▶ Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : « _____

_____ ».

- l'enfant nous a dit que : « _____

_____ ».

Cachet
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

- Oui
- Non

(rayer la mention inutile)

▶ Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

-
-
-
-

▶ Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Figure 11 : modèle type de signalement mis à disposition par la HAS
(source : HAS, 2017)

- **En cas d'incertitudes**

Si le praticien a des incertitudes face à une éventuelle situation de maltraitance, il peut échanger avec le médecin scolaire et/ou le médecin de la PMI afin de conforter ou non toute suspicion.

Dans ce cas, il doit transmettre une information préoccupante à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes du département. Nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, il s'agit de la CEMMA en Meurthe-et-Moselle (contact au 0 810 27 69 12). Si elle n'est pas joignable, il est possible de joindre le numéro vert national 119 qui relaiera ensuite l'information au niveau départemental. Cette information préoccupante permettra de prendre des mesures de protection administration ou judiciaire si nécessaire ou sera déclaré sans suite si l'évaluation n'a pas pu mettre en évidence de signes de maltraitance sur l'enfant.

La HAS rappelle que « *quel que soit le degré d'urgence, [le professionnel de santé doit] informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.* » (HAS, 2017).

Afin de synthétiser ces démarches, nous mettons à disposition un arbre décisionnel adapté au département de Meurthe-et-Moselle (Figure 12).

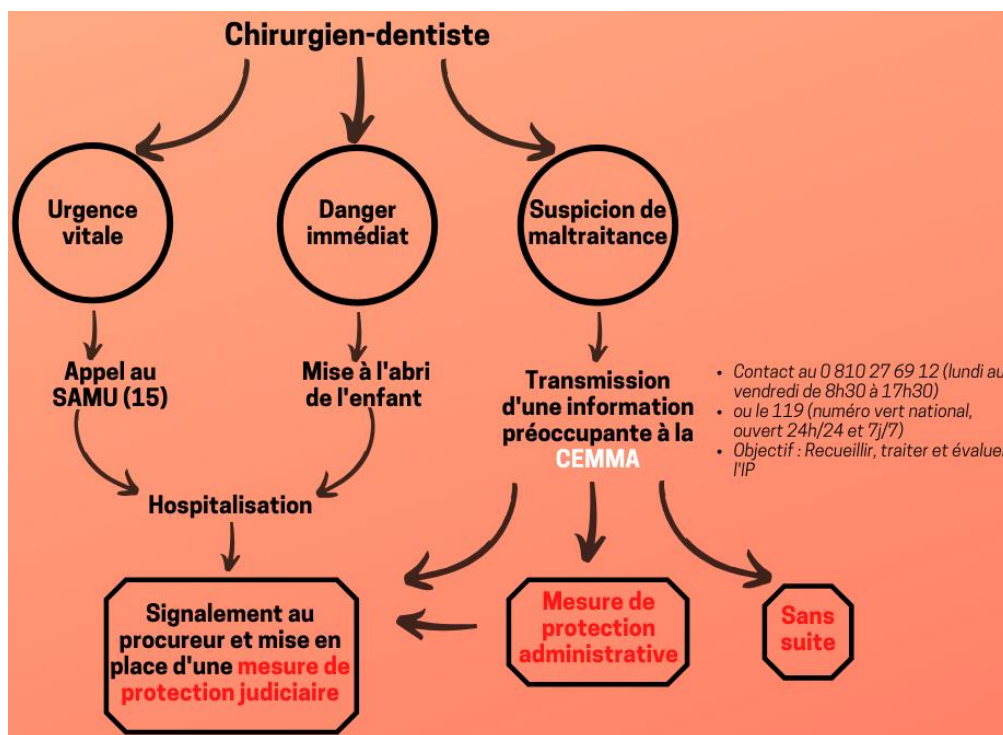


Figure 12 : arbre décisionnel à destination du chirurgien-dentiste en cas de maltraitance avérée ou suspicion de maltraitance d'un enfant (source : d'après l'arbre décisionnel de la HAS réalisé en 2014 adapté au chirurgien-dentiste en Meurthe-et-Moselle)

2. La santé buccodentaire des enfants placés

Nous détaillerons dans cette partie les différents thèmes autour de la prévention de la santé buccodentaire des enfants placés et terminerons par la présentation de deux interventions dans des établissements de la protection de l'enfance situées dans la communauté urbaine du Grand Nancy.

2.1. L'alimentation

2.1.1. La place de l'alimentation dans la santé buccodentaire

L'alimentation joue un rôle important dans le maintien d'une bonne santé buccodentaire : elle intervient non seulement dans l'étiologie carieuse mais aussi dans l'érosion dentaire et la santé parodontale. La malnutrition peut également entraîner des carences dont les manifestations peuvent s'observer au niveau de la cavité buccale.

- La maladie carieuse

La carie est une maladie infectieuse, transmissible avec une origine multifactorielle qui touche les tissus durs de la dent après son éruption sur l'arcade. Selon l'OMS, la carie toucherait « 60 à 90% des enfants et la grande majorité des adultes » (Petersen, 2003) : il s'agit donc d'un problème de santé publique mondial.

En 1962, Keyes a décrit 3 facteurs nécessaires à la survenue des lésions carieuses (Figure 13) : le biofilm et les bactéries cariogènes, la susceptibilité de l'hôte (le terrain) et les glucides fermentescibles contenus dans l'alimentation.

Décrit par Newbrun en 1983, le temps d'interaction entre ces 3 éléments est le quatrième facteur impliqué dans l'origine des lésions carieuses.

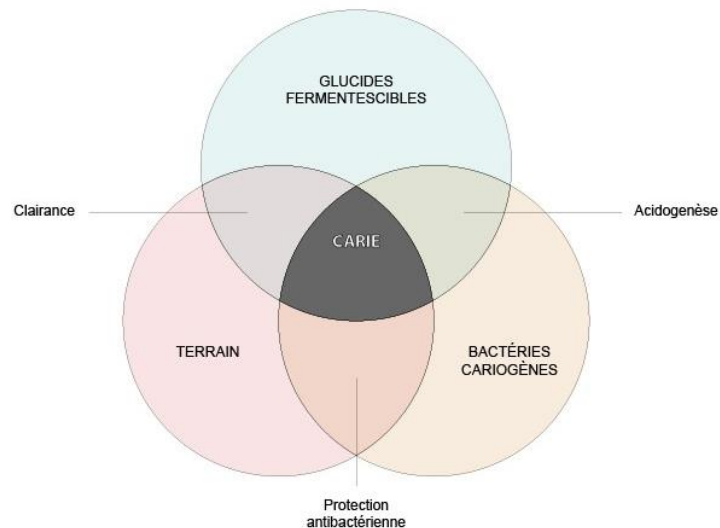


Figure 13 : diagramme de la trilogie de Keyes
(source : UNSOF, 2012)

Le nouveau-né est indemne de bactéries cariogènes qu'il acquiert au fur et à mesure du temps. Ces bactéries cariogènes, majoritairement *Streptococcus mutans* et *Lactobacillus*, lui sont transmises par les personnes qui s'occupent de lui (Sixou et Robert, 2006) directement, par l'échange de baisers par exemple, ou indirectement lorsque le parent goûte des aliments avec la cuillère destinée à nourrir son enfant. Ainsi, ces bactéries métabolisent les glucides fermentescibles contenus dans l'alimentation en acides organiques : cela a pour conséquence une chute du pH de la cavité buccale sous le seuil critique de déminéralisation des tissus dentaires (pH critique = 5,5) (Selwitz et coll., 2007).

Ce phénomène est réversible : avec le temps, le pouvoir tampon de la salive permet une remontée du pH au-dessus du seuil critique. Cette évolution du pH sur le temps est représentée par la courbe de Stephan (Figure 14). Le brossage qui désorganise le biofilm permet une remontée plus rapide du pH.

Les tissus dentaires sont donc soumis quotidiennement à cette balance de déminéralisation-reminéralisation. La **fréquence des prises alimentaires** est ainsi un élément essentiel dans la survenue des lésions carieuses : les prises alimentaires répétées entretiennent l'acidité buccale et donc la déminéralisation, ce qui provoque à terme des caries.

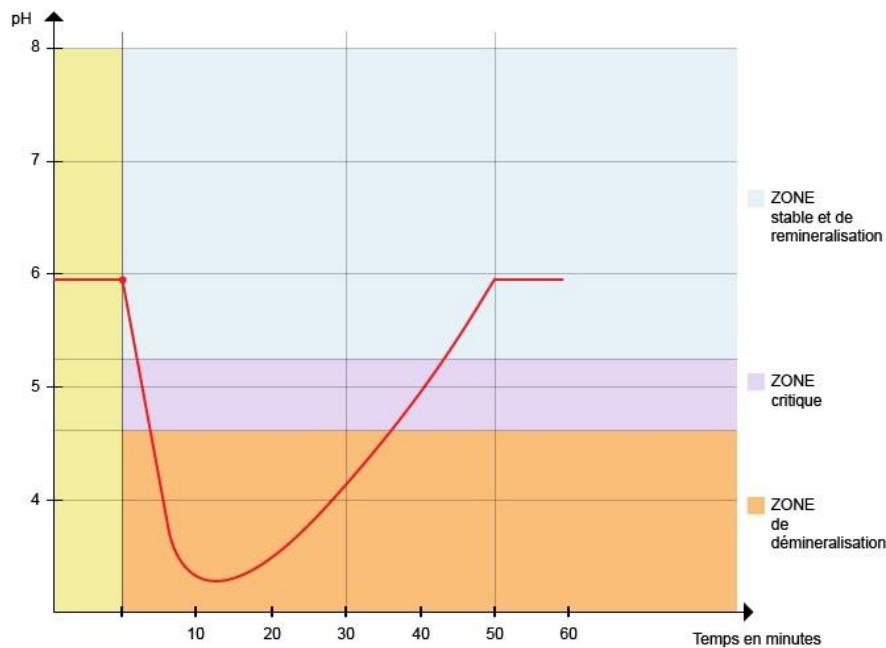


Figure 14 : courbe de Stephan
(source : UNSOF, 2012)

Certains aliments sont plus à risque d'entraîner la formation de lésions carieuses s'ils sont consommés de façon répétée dans la journée. Leur pouvoir cariéux est plus ou moins élevé en fonction de leur teneur en sucre ou de leur texture. Les boissons et aliments les plus cariogènes sont, entre autres, les bonbons, les gâteaux, les fruits, les sodas et les jus de fruits (Stegeman et Davis, 2018). Les chips ont également un haut pouvoir cariogène car ils contiennent des sucres cachés et mettent un certain temps à s'éliminer après leur consommation car ils sont très adhérents aux surfaces dentaires.

Enfin, le lactose contenu dans le lait ou les autres produits laitiers est cariogène : l'endormissement d'un enfant avec un biberon de lait est donc à éviter compte tenu du temps de contact important avec les tissus dentaires et du flux salivaire réduit pendant la nuit (Stegeman et Davis, 2018).

- L'érosion dentaire

De plus en plus courante, l'érosion dentaire est une dissolution acide des tissus durs de la dent sans implication bactérienne (Pindborg, 1970). Les causes de l'érosion peuvent être :

- **extrinsèques** (consommation répétée de boissons acides, les jus de fruits et les sodas étant le plus mentionnés dans la littérature (Mulic et coll., 2012)),

- ou **intrinsèques** (longue période d'acidité au niveau de la cavité buccale pouvant être causée par des reflux gastro-œsophagiens ou des vomissements répétés) (Dugmore et Rock, 2004).

Cela induit une perte irréversible de tissus durs de la dent (émail, dentine, cément) (Figure 15) pouvant être associée dans les cas les plus avancés à des hypersensibilités dentaires et une diminution de la dimension verticale du visage (Buxeraud, 2015). Les dents les plus touchées seraient les incisives maxillaires et les premières molaires maxillaires (Lefeuvre et Talec, 2017).



Figure 15 : érosion prononcée des tissus dentaires
(source : Buxeraud, 2015)

La **fréquence**, le **temps de contact** avec les aliments ou boissons acides et la **manière de les consommer** (gorgées récurrentes, utilisation ou non d'une paille, gargarisme, consommation nocturne) sont des facteurs déterminants dans la formation de plages d'érosion (Moynihan, 2002).

- La malnutrition

La malnutrition se définit comme un état nutritionnel s'écartant de la normale à la suite d'une alimentation mal équilibrée en quantité (sous-alimentation entraînant une dénutrition) et/ou en qualité (suralimentation entraînant un surpoids) (Larousse, 2019). Les éventuels carences ou excès peuvent avoir un retentissement sur la santé générale mais également buccodentaire (Bartlett et Smith, 1994).

Les manifestations rencontrées au niveau de la cavité buccale concernent majoritairement le parodonte (*ensemble des tissus de soutien des dents, voir encadré dans la partie 2.4.4, page 112*) avec une augmentation de l'apparition de **gingivite** voire de **parodontite** par carence en vitamine B1, B3, B9, B12 ou E (Bartlett et Smith, 1994). Elles peuvent aussi concerner les tissus dentaires : par exemple une carence en protéine dans l'enfance peut entraîner un risque de **retard d'éruption** et

d'exfoliation des dents temporaires ainsi qu'une **augmentation du risque carieux**.

Un excès de phosphore peut quant à lui entraîner une **hypoplasie des dents définitives** (insuffisance de développement de l'émail).

Ainsi, une alimentation variée et suffisante permet au corps d'avoir tous les nutriments nécessaires à son bon fonctionnement.

- La mastication

La mastication consiste en l'écrasement du bol alimentaire afin de le rendre apte à être dégluti. Elle est permise par l'action conjointe des dents et des muscles masticateurs. Elle se met en place avec l'éruption des dents, notamment des molaires, sur les arcades et remplace alors peu à peu le réflexe de succion-déglutition chez l'enfant. La diversification alimentaire peut donc débuter dès 6 mois afin de développer d'abord une fonction de découpage des aliments avec l'utilisation des incisives puis les fonctions masticatrices.

- **Fonctions nutritionnelles** : la mastication prolongée des aliments permet d'obtenir la sensation de satiété (Zhu et coll., 2013).
- **Fonctions digestives** : elle permet la libération des enzymes salivaires et constitue donc la première étape de la digestion.
- **Fonctions neurologiques** : les stimulations sensorielles issues de la mastication entraînent un rétrocontrôle entre le cerveau et le tube digestif afin de réaliser la vidange gastrique pour recevoir le nouveau bol alimentaire (Wijlens et coll., 2012).
- **Fonctions sur la morphogénèse des arcades dentaires** : la croissance du maxillaire et de la mandibule est influencée par le patrimoine génétique mais aussi par la sollicitation des muscles dédiés à la cavité buccale et donc par la mastication. Une alimentation variée à base d'aliments durs va stimuler le développement des arcades et le bon positionnement des dents (Limme, 2010).

Maintenir une alimentation variée en quantité et en texture permet donc à l'enfant d'avoir tous les nutriments nécessaires à son développement et favorise une croissance maxillo-faciale harmonieuse

2.1.2. L'alimentation et les différents comportements alimentaires des enfants placés en établissement

L'alimentation revêt une part importante dans la santé générale de l'individu. Il s'agit d'une **variable** :

- **qualitative** : elle peut être plus ou moins riche ou nutritive selon les habitudes alimentaires de chacun,
- et **quantitative** : certains enfants peuvent être des petits ou de gros mangeurs.

La croissance d'un enfant est directement dépendante de sa nutrition : l'enfant a besoin de suffisamment de macronutriments (protéines, lipides, glucides) et de micronutriments (vitamines et minéraux) afin de grandir en bonne santé. D'après la société française de pédiatrie, l'enfant peut être nourri exclusivement par une alimentation lactée (lait maternel ou laits infantiles) de sa naissance jusqu'à ses 6 mois. La diversification alimentaire peut néanmoins être débutée dès le 4^e mois par l'introduction de légumes, fruits puis de viande, poissons et œufs. Le rythme des repas avec 4 repas par jour (matin, midi, complément dans l'après-midi et soir) peut être initié à partir du 5^e mois pour instaurer de bonnes habitudes alimentaires et éviter le grignotage dès le plus jeune âge. Ce rythme peut être difficile à maintenir à partir de 2 ans compte tenu de la période d'opposition avec des besoins alimentaires qui diminuent. La diversification concerne également la texture des aliments : l'enfant peut manger des aliments en morceaux (légumes, fruits, fromages) et non plus uniquement mixés ou écrasés dès 9 mois (Bocquet et coll., 2003). Cela va favoriser sa mastication et ainsi sa croissance maxillo-faciale. En effet, selon la théorie fonctionnelle de Moss, les organes et tissus environnants sont responsables de cette croissance : le squelette s'adapte proportionnellement à la fonction qu'on lui demande par un agrandissement de sa taille pour répondre aux besoins (Moss et Salentijn, 1969). Nous rappelons enfin que la denture temporaire est complète aux alentours de 3 ans.

L'alimentation a également une dimension émotionnelle et sociale : manger c'est partager un repas, c'est se faire plaisir avec des aliments que l'on apprécie. Ces préférences alimentaires peuvent être innées : les enfants présentent par exemple une forte appétence pour le sucre dès la naissance. Elles peuvent aussi être acquises : les

aliments doivent être présentés une quinzaine de fois à un enfant avant d'être véritablement appréciés.

Notons d'ailleurs que l'alimentation rentre dans le circuit de la récompense chez l'Homme : le fait de répondre au besoin alimentaire engendre une satisfaction (la récompense) permettant la motivation de reproduire ce processus afin d'assurer sa survie.

Cette dimension émotionnelle peut être altérée pour les enfants placés : vie familiale difficile, instabilité de la figure d'adulte entravant la mise en place d'habitudes alimentaires saines ou encore influence des autres enfants dans les structures d'accueil. Autant de facteurs qui ne permettent pas à l'enfant de se créer une alimentation stable permettant sa croissance dans de bonnes conditions.

Enfin, et avec le temps, l'enfant aura ses propres habitudes alimentaires. Elles sont acquises durant l'enfance et sont soumises à « *la pression des pairs, la disponibilité et l'accessibilité de certains produits alimentaires, la publicité et le marketing, les parents et la socialisation des repas* » (en famille, seul, avec des pairs, en cantine scolaire) (Sirtoli et Weissenbach, 2005). Plus l'enfant aura été accueilli tardivement par l'ASE plus ses habitudes seront difficiles à faire évoluer. Cela peut concerner le choix préférentiel de certains aliments (préférence pour le sucré, refus de manger des légumes) mais aussi les comportements alimentaires comme le grignotage.

Nous pouvons ainsi mettre en évidence certains troubles et comportements alimentaires préjudiciables pour la santé buccodentaire. Ces comportements peuvent concerner les enfants en fonction de leur âge : tandis que le petit enfant dépend des adultes pour s'alimenter, l'adolescent, plus libre, peut avoir un accès plus facile aux aliments qu'il préfère.

- Les troubles de l'oralité

L'oralité représente toutes les fonctions de la cavité buccale : alimentaire, ventilatoire, verbale et sensori-motrice (Chevalier et Jeanjean, 2016). Même si les troubles de l'oralité peuvent être synonymes de difficultés alimentaires, il s'agit également de « *troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant* » (Thibault, 2017) : toutes les fonctions orales peuvent ainsi être concernées. Les difficultés alimentaires toucheraient 25 à 35% des enfants au

développement normal et 33 à 80% des enfants avec un retard de développement (Burklow et coll., 1998).

L'oralité se met en place en 2 temps : la phase primaire commence *in utero* et jusqu'à 9 mois avec le développement des fonctions de succion-déglutition. Puis la phase secondaire avec la corticalisation de la sphère buccale permet une complexification des mouvements buccaux et linguaux avec la mise en place de la parole passant des cris aux babillages puis aux vrais mots. Les troubles de l'oralité concernent donc les enfants en bas âge (moins de 3-4 ans) même si les manifestations peuvent se retrouver chez les enfants plus âgés. Ces troubles peuvent avoir une étiologie organique, neurologique, psychogène et/ou post traumatique et se manifestent par diverses façons sur le plan alimentaire mais également relationnel et comportemental (Deluchey, 2014).

Les anomalies qui en résultent peuvent être (Deluchey, 2014) :

- **fonctionnelles** avec une limitation des mouvements au niveau de la sphère oro-faciale, les mouvements linguaux ne se complexifient pas et perturbent alors la déglutition et *in fine* la diversification alimentaire avec des difficultés à introduire des textures spécifiques et des aliments solides,
- **sensorielles** entraînant une hypersensibilité des zones buccales et péri-buccales, l'enfant refuse certains aliments ou textures, ne supporte pas que l'on touche les zones extra-buccales (joues, mentons, lèvres) voire les zones endo-buccales (gencives, langue, palais) et le brossage des dents peut donc s'avérer difficile dans ces conditions,
- **comportementales** qui sont l'expression des manifestations cités ci-dessus avec un désintérêt manifeste pour la nourriture et l'opposition de l'enfant à s'alimenter et à permettre l'accès à la zone buccale.

Les troubles de l'oralité nécessite une rééducation par un orthophoniste qui réalisera des stimulations des zones péri-buccales et buccales tout en permettant à l'enfant de développer ses sens en rapport avec ces zones (Deluchey, 2014).

- Le grignotage

Le grignotage représente une prise alimentaire répétée sur la journée en dehors des repas : il est particulièrement répandu auprès de la population des adolescents. Une étude réalisée en 2013 sur une population de 599 adolescents algériens a montré que 34,5% des adolescents grignotaient de manière régulière (Houti et coll., 2016). Les aliments les plus consommés seraient des produits et boissons sucrés avec une augmentation de la consommation d'aliments salés (chips, gâteaux apéritifs) depuis quelques années (Houti et coll., 2016, Ciccone et coll., 2013). Le grignotage ne répond pas à un besoin alimentaire mais serait plutôt lié à un ennui voire au stress ou à la fatigue (Temessek et coll., 2018).

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la fréquence des prises alimentaires joue un rôle important dans la formation des lésions carieuses : le grignotage est donc à limiter tant que possible.

Nous classons également dans cette catégorie l'accessibilité continue d'un enfant à un biberon de lait (ou une autre boisson qui ne serait pas de l'eau) dans la journée ou lors de l'endormissement. Le lait contient du lactose et donc du sucre : un enfant ayant un accès illimité à un biberon de lait de jour comme de nuit est exposé à un risque carieux important, même si la prise est minime. Les dents sont dans un environnement sucré constant ce qui favorise l'apparition rapide de lésions carieuses en particulier au niveau des incisives maxillaires (Muller-Bolla, 2018) : ce sont les caries de la petite enfance (*early childhood caries*) (Figure 16).



Figure 16 : différentes formes de la carie de la petite enfance : des leucomes précaires (taches blanches) et caries aux collets des dents (à gauche) jusqu'au délabrement coronaire important associé à des abcès (à droite) (source : Pavlov et Naulin-Ifi, 1999)

Grâce à nos échanges avec des professionnels travaillant auprès d'enfants placés nous avons pu mettre en évidence une certaine tendance au grignotage notamment lors des visites des parents. En effet, certains parents auraient tendance à compenser

leur absence dans la vie de l'enfant par de la nourriture, en particulier de la « nourriture plaisir » : gâteaux, bonbons, boissons sucrées. Si les enfants ne les consomment pas directement, il est difficile de leur retirer car il s'agit d'un « cadeau ».

Nous pouvons ainsi formuler plusieurs conseils et astuces afin de limiter les effets des conduites alimentaires à risque sur la santé buccodentaire.

- Expliquer à l'enfant la relation entre le sucre et la carie avec des mots adaptés à sa compréhension selon son âge : il s'agit de **responsabiliser l'enfant** et de lui apprendre à adopter les bons comportements alimentaires. Patience et récurrence seront les maîtres mots de cet apprentissage.
 - Un contrôle total de l'alimentation d'un enfant est impossible : il peut être amené à consommer des aliments pas forcément adéquats par l'intermédiaire de son environnement proche (à l'école ou lors des visites des parents). Il peut alors être judicieux de mettre en place une « **boîte à sucreries** » personnelle que l'enfant pourra remplir au fur et à mesure des événements. Les sucreries peuvent alors être présentées à la fin d'un repas afin qu'il en choisisse une ou deux s'il a bien mangé : cela permet de contrôler les prises de sucres.
 - **L'eau est la boisson à privilégier** durant la journée : elle doit être systématiquement proposée à l'enfant. Pour les enfants récalcitrants et habitués aux boissons sucrées, il est possible de couper ces boissons avec de l'eau tout en diminuant la dose de boisson sucrée au fur et à mesure ou encore d'en prendre uniquement au cours des repas en quantité raisonnable.
 - Concernant le **lait** : à partir de 6 mois, il convient de limiter l'accessibilité continue de l'enfant au biberon (de lait ou d'une autre boisson sucrée), de jour comme de nuit. Le lait doit ainsi être remplacé au fur et à mesure par de l'eau.
 - Enfin, chez les plus petits, **limiter les échanges salivaires directs ou indirects** pour éviter la transmission bactérienne à un enfant (avoir une cuillère pour goûter et une autre pour nourrir l'enfant).
- Les troubles des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, hyperphagie compulsive

Définis dans le *Diagnostic et Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (volume V), les troubles des conduites alimentaires sont des affections mentales qui entraînent un rapport pathologique avec la nourriture (Crocq et coll., 2015) : elles nécessitent une

prise en charge pluridisciplinaire somatique et psychiatrique. L'anorexie mentale est ainsi définie comme une restriction alimentaire importante en lien avec la peur de grossir et une altération de la perception de son image.

La boulimie représente quant à elle une prise alimentaire importante sur un temps limité associé à un sentiment de perte de contrôle suivi d'un comportement compensatoire pour prévenir la prise de poids (vomissements, utilisation de laxatifs, jeûne, activité sportive).

Enfin, les accès hyperphagiques (binge-eating-disorder) représentent comme la boulimie une prise alimentaire importante mais sans comportement compensatoire associé.

Peu d'études ont été réalisées concernant les enfants placés et d'éventuels troubles des conduites alimentaires. Il semblerait néanmoins que la prévalence de ces troubles dans cette population n'est pas plus élevée que dans la population générale (Bronsard et coll., 2011). Ce sont en effet des pathologies peu fréquentes dans la population générale et qui concernent en majorité les femmes. Selon une revue systématique de la littérature sur la période 2000-2018 publiée en 2019 : la prévalence de l'anorexie mentale sur la vie serait de 1,4% pour les femmes et 0,2% pour les hommes. Concernant la boulimie, elle serait de 1,9% pour les femmes et 0,6% pour les hommes (Galmiche et coll., 2019).

En raison de leurs manifestations buccales (Clark, 2010), il nous semble pertinent d'aborder ces pathologies même si elles sont peu fréquentes dans la population qui nous concerne.

- **Atteintes dentaires**

- Des érosions dues à l'acidité occasionnée par les vomissements répétitifs. Ces érosions sont présentes principalement au niveau des faces palatines et des bords incisifs du bloc inciviso-canin maxillaire et des faces occlusales des dents postérieures.
- Les résultats des études sont contradictoires concernant les lésions carieuses. Si elles sont présentes, elles sont essentiellement cervicales et dues à une importante consommation de boissons ou d'aliments sucrés (boulimie) associée à la xérostomie qui peut être un effet secondaire des antidépresseurs souvent prescrits pour ces pathologies.

- **Pathologies parodontales** avec une augmentation de l'incidence des gingivites et parodontites due à des carences vitaminiques associées à une hygiène buccodentaire défectueuse.
- **Lésions des muqueuses buccales** : ulcérations, desquamations, blessures liées aux gestes pour provoquer les vomissements.
- **Hypertrophie des glandes salivaires**, en particulier les glandes parotides, dont le fonctionnement serait altéré par la répétition des épisodes vomitifs.

Pour limiter les effets des vomissements répétés sur la cavité buccale, il est conseillé d'éviter le brossage des dents directement après ces épisodes : l'abrasivité du dentifrice et les brins de la brosse associés à l'acidité buccale favorise la perte de tissus durs. Il convient alors de privilégier le simple rinçage de la bouche avec de l'eau (Clark, 2010).

Les troubles alimentaires peuvent aussi concerner les enfants plus jeunes. Les problèmes alimentaires précoces, c'est-à-dire concernant le nourrisson ou le jeune enfant, peuvent être « *prédictifs de comportements, de troubles anxieux et de troubles alimentaires plus tardifs dans l'enfance et l'adolescence* » (Cascales et coll., 2014). Pour les enfants de moins de trois ans, la classification de Chatoor et coll. a permis de différencier six types de troubles du comportement alimentaires (Chatoor et coll., 1998) :

- les troubles alimentaires de la régulation des états (de la naissance au 3^e mois),
- les troubles alimentaires de la réciprocité ou troubles alimentaires de l'attachement (entre le 2^e et le 8^e mois),
- l'anorexie infantile (entre 6 mois et 3 ans),
- les aversions sensorielles alimentaires,
- les troubles alimentaires avec une cause organique associée,
- les troubles alimentaires post-traumatiques.

Les trois derniers types de troubles se rapprochent étroitement des troubles de l'oralité détaillés dans un précédent paragraphe. Nous nous intéresserons particulièrement aux troubles alimentaires de l'attachement.

La théorie de l'attachement a été développée par le psychiatre J. Bowlby à partir de 1969 d'après ses recherches sur les effets du placement des jeunes enfants séparés de leur mère (Bowlby, 1992). Il a ainsi mis en évidence un lien d'attachement entre un enfant et une personne qui prend soin de lui de manière continue (le « *caregiver* », qui est le plus souvent la mère) afin d'assurer sa protection. Poursuivant cette théorie, M. Ainsworth a étudié les réactions d'enfants âgés de 12 à 18 mois en présence ou absence de leur mère ainsi que lorsqu'ils sont en contact avec une personne qui leur est étrangère. Elle a ainsi pu mettre en évidence 3 catégories d'attachements (Tereno et coll., 2007).

- **Attachement sécure** : l'enfant explore son environnement en étant confiant lorsque sa mère est présente sans se soucier de la personne inconnue. En l'absence de sa mère, l'enfant la cherche directement et son retour l'apaise immédiatement.
- **Attachement insécure ambivalent** : l'enfant explore peu son environnement, il manque de confiance envers sa figure d'attachement qui ne le sécurise pas suffisamment. Les absences de sa mère sont des épisodes véritablement stressants entraînant l'enfant dans un état d'anxiété et de colère avec des difficultés d'apaisement malgré le retour de la figure d'attachement.
- **Attachement insécure évitant** : l'enfant ne cherche pas à interagir avec sa mère lorsqu'il explore son environnement et ne se soucie pas de l'adulte étranger. Lorsque sa mère s'absente, il ne la cherche pas directement.

À ces 3 catégories, s'ajoute l'**attachement désorganisé/désorienté** développé par Main et Salomon (1990) : la figure parentale est également source de peur ce qui entraîne une confusion auprès des enfants avec des comportements contradictoires car ils ne peuvent simultanément « *rechercher et fuir [la] figure d'attachement* » (Tereno et coll., 2007).

L'enfant ayant un trouble alimentaire de la réciprocité a un lien d'attachement de type insécure (ambivalent ou évitant) avec sa mère et présente alors une **carence affective** en plus de la **carence nutritionnelle** (Le Heuzey, 2006) : il n'est pas suffisamment en confiance pour explorer son environnement sereinement (dans ce cas présent, il ne se nourrit pas ou ne se laisse pas nourrir). Le nourrisson peut présenter une insuffisance pondérale importante avec une diminution de ses réponses sociales lors

de son alimentation (Cascales et coll., 2014). Les enfants placés jeunes, avant 3 ans, peuvent donc présenter ce trouble de l'attachement alimentaire : il est alors nécessaire de leur offrir une figure d'attachement sécurisante afin de leur réapprendre, ou apprendre, à s'alimenter correctement (Poinso et coll., 2006). Cette notion de référence a été développée au sein d'une pouponnière hongroise, l'institut Emmi Pikler plus connu sous le nom de Loczy, à partir d'observations des pratiques institutionnelles. Partant du postulat que « *la relation mère/enfant ne peut en aucun cas être reproduite* », une personne référente est attribuée à chaque enfant accueilli. Cette personne interagit avec l'enfant de façon qu'il se sente en confiance : les relations entre l'enfant et la référente sont plus poussées qu'avec une autre personne de la structure. La difficulté réside dans la distance qu'il est nécessaire de prendre avec l'enfant car il ne s'agit pas de remplacer la mère mais de donner suffisamment de confiance à l'enfant pour qu'il évolue sereinement avec une autre personne puis seul (Violon et Wendland, 2014).

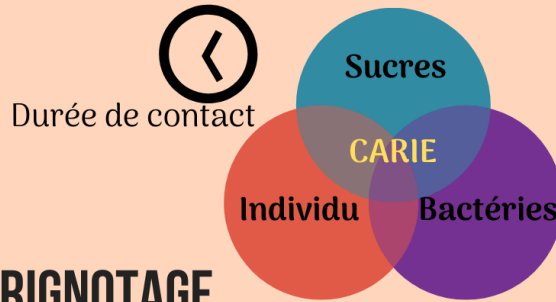
2.1.3. Synthèse

Nous pouvons ainsi mettre en avant plusieurs conseils afin d'aborder l'alimentation de l'enfant en rapport avec la conservation d'un état buccodentaire sain tout au long de sa croissance. Ces conseils font l'objet d'une fiche présente à la page suivante (Figure 17).

Santé buccodentaire et...

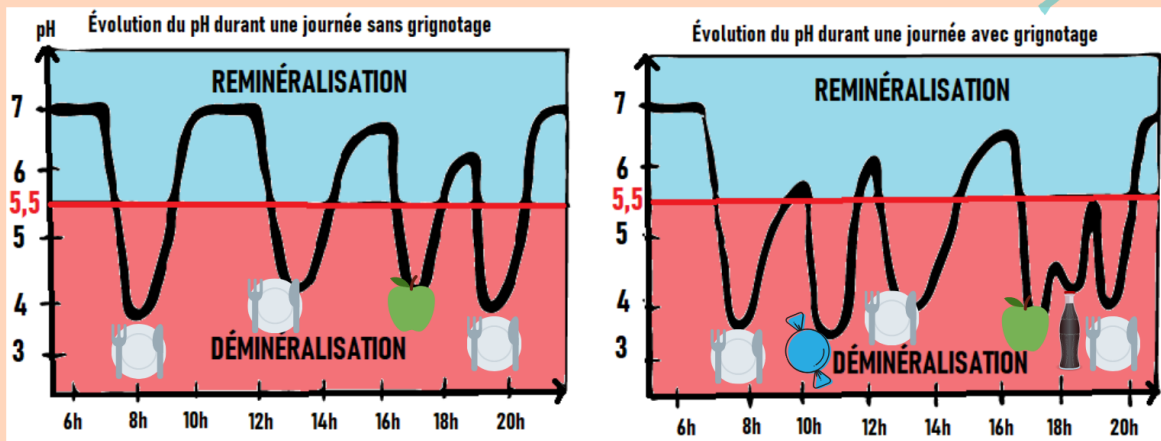
ALIMENTATION

• FACTEURS À L'ORIGINE DES LÉSIONS CARIEUSES



L'eau est la seule boisson à pouvoir être bue toute la journée sans risque pour les dents

• GRIGNOTAGE



Limiter les prises alimentaires aux 4 repas par jour permet d'équilibrer les phases de déminéralisation et reminéralisation des dents pendant la journée

• MANGER VARIÉ, C'EST BON POUR LA SANTÉ



Variation de la texture des aliments pour mieux faire grandir la bouche (importance de la mastication)

Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 17 : fiche sur l'impact de l'alimentation dans la formation des lésions carieuses et sur l'importance d'une alimentation variée (source : document personnel)

2.2. L'hygiène buccodentaire

2.2.1. La réalisation du brossage en établissement

Le brossage et plus globalement l'hygiène buccodentaire désorganise le biofilm bactérien et participe à la reminéralisation des tissus dentaires. Une hygiène buccodentaire insuffisante est donc un facteur de risque d'apparition de lésions carieuses. Lorsque les enfants sont accueillis à l'ASE, le défaut d'hygiène corporelle est un problème fréquemment rencontré par les professionnels (Corbet et coll., 2013; Euillet et coll., 2016) : ainsi nous pouvons espérer que l'hygiène corporelle et donc l'hygiène buccodentaire pourront être améliorées durant leur placement.

Maintenir un bon niveau d'hygiène corporelle permet d'éviter la prolifération des bactéries à la surface de la peau et donc leur transmission par contact direct ou indirect. L'hygiène corporelle et vestimentaire jouent également un rôle dans l'estime de soi et les relations sociales. Il s'agira donc de transmettre aux enfants les bases d'une bonne hygiène corporelle afin qu'ils saisissent son intérêt et acquièrent les gestes nécessaires pour être autonome.

Nous essaierons donc de partager dans cette partie nos connaissances sur l'hygiène buccodentaire afin qu'elles puissent être utilisées au sein des différents établissements de l'ASE. Nous attirons d'ores et déjà l'attention sur un facteur qui peut s'avérer limitant dans la réalisation de l'hygiène buccodentaire qui est le **nombre d'encadrant pour le nombre d'enfants**. D'après l'enquête réalisée par la DRESS en France sur le personnel des établissements de l'aide sociale à l'enfance fin 2017 :

- **55030 personnes** sont employées en équivalent temps plein (ETP) dans les différentes structures de l'ASE (MECS, foyers de l'enfance, pouponnières, villages d'enfants, lieux de vie) pour **59690 enfants** présents au 31 décembre 2017,
- **52% d'entre elles** ont des **fonctions éducatives, pédagogiques et sociales** (cela comprend, entre autres, les éducateurs spécialisés, les moniteurs éducateurs, les éducateurs de jeunes enfants, les assistants familiaux ou maternels, les éducateurs familiaux, les animateurs sociaux),

- **6% d'entre elles** ont les fonctions précédentes ainsi que des fonctions d'encadrement d'une équipe,
- **7% d'entre elles** ont des fonctions **paramédicales** (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture).

Sur les 55030 employés, 65% sont donc le plus en contact avec les enfants protégés : nous pouvons ainsi compter plus de 32900 employés pour 59690 enfants qui sont donc susceptibles de transmettre les bases d'une bonne hygiène buccodentaire (un peu plus d'un employé pour 2 enfants). Au-delà des chiffres, la réalité nous montre qu'il peut être difficile d'être totalement présent auprès de chaque enfant chaque jour : par exemple dans les maisons d'enfants, l'éducateur(trice) familial(e) s'occupe de 4 à 6 enfants pour tous les actes de la vie quotidienne et de manière continue pendant 1 à 3 semaines. Nous transmettrons donc des conseils adaptés pour que l'hygiène buccodentaire soit réalisée de manière simple et cela, selon les âges des enfants.

2.2.2. Les moyens nécessaires à la réalisation d'une bonne hygiène buccodentaire

L'hygiène buccodentaire permet de désorganiser le **biofilm bactérien** qui est défini comme une « *fine pellicule constituée par des bactéries et le produit de leurs sécrétions adhérentes à des surfaces tissulaires ou bien à des matériels prothétiques* » (Delamarre et coll., 2012). Cette pellicule est visible à l'œil nu par l'intermédiaire de la **plaque dentaire** qui est un dépôt mou et blanchâtre constitué par des « *éléments bactériens [le biofilm], cellulaires et salivaires et de résidus alimentaires* » (Delamarre et coll., 2012). Le biofilm est un facteur étiologique de la maladie carieuse (page 64). De plus, la persistance de la plaque dentaire favorise le développement bactérien et provoque après plusieurs jours une inflammation gingivale (gingivite) pouvant être à l'origine de saignement lors du brossage : cette inflammation est réversible et disparaît avec un brossage bien réalisé et régulier (Loe et coll., 1965). **L'objectif du brossage et plus globalement de l'hygiène buccodentaire est donc le maintien de la santé dentaire et gingivale.**

- Fréquence et temps nécessaire à la réalisation du brossage

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent le **brossage des dents deux fois par jour** pour l'ensemble de la population (HAS, 2010; UFSBD, 2013) : il devra être réalisé le matin et le soir. Le brossage du soir ne doit pas être oublié car les bactéries prolifèrent rapidement en raison du flux salivaire réduit durant la nuit.

Le temps requis pour un brossage suffisant est de **2 min** mais il doit être allongé pour les patients porteurs de dispositifs orthodontiques.

- Brosses à dents

L'utilisation d'une **brosse à dent souple** est recommandée afin de permettre l'élimination complète de la plaque dentaire sans blesser la gencive (UFSBD, 2013). Elle doit être **adaptée à l'âge de l'enfant** pour faciliter son utilisation (Figure 18). Nous pouvons conseiller l'achat d'une brosse destinée à un âge inférieur à celui de l'enfant, plus facile à utiliser car plus petite (Jager et coll., 2018).



Figure 18 : exemples de brosses à dent adaptées (de gauche à droite) pour les enfants âgés de moins de 2 ans, de 3 à 6 ans, de 7 à 9 ans et plus de 10 ans (marque Gum®)
(source : document personnel)

La brosse à dents doit être **remplacée tous les 3 mois** ou dès que les brins commencent à se plier (Figure 19).



Figure 19 : comparaison entre une brosse à dents usée dont les brins sont pliés et décolorés et une brosse à dents neuve dont les brins sont parallèles
(source : document personnel)

Les brosses à dents sont des dispositifs personnels qui ne doivent pas être mélangés au sein d'un même gobelet afin de limiter la transmission d'agents pathogènes.

La brosse à dents électrique peut être utilisée à partir du moment où l'enfant sait suffisamment manier et maintenir une brosse à dents manuelle. D'abord sous le contrôle d'un adulte pour les plus petits en leur expliquant le fonctionnement. Ils pourront ensuite l'utiliser en autonomie dès que l'utilisation sera maîtrisée. Elle n'empêche pas une vérification du brossage même si l'enfant paraît autonome comme nous le verrons ci-après. De plus, son côté ludique peut être une source de motivation supplémentaire à l'hygiène buccodentaire.

- Dentifrice

Concernant le choix du dentifrice, il a été prouvé scientifiquement que les fluorures contenus dans les dentifrices sont efficaces dans la prévention de la maladie carieuse (Marinho et coll., 2003). L'utilisation d'un dentifrice fluoré est donc nécessaire afin de compléter l'action mécanique du brossage et favoriser la reminéralisation des tissus dentaires. La plupart des dentifrices que l'on trouve en supermarché contiennent des fluorures mais nous remarquons l'augmentation de dentifrices non fluorés, souvent des dentifrices bio, dans les rayons des magasins. En cas de doute, la concentration en fluorures peut être notée sur l'emballage du produit même si cela n'est malheureusement pas obligatoire.

L'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique (European Academy of Paediatric Dentistry EAPD) recommande l'utilisation de dentifrice fluoré avec une concentration en fluorures (Toumba et coll., 2019) :

- de **1000 ppm pour les enfants de moins de 2 ans**
- de **1000 ppm** (ou plus selon le risque carieux) **pour les enfants de 2 à 6 ans**
- de **1450 ppm pour les plus de 6 ans.**

Néanmoins, ces recommandations étant relativement récentes, elles ne sont pas encore appliquées en France, où le principe de précaution prévaut. Pour le moment, L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) recommande l'utilisation de dentifrice fluoré avec une concentration en fluorures : de 500 ppm pour les moins de 6 ans et entre 1000 et 1500 ppm pour les plus de 6 ans (AFSSAPS, 2008). Il est donc normal de ne pas retrouver les concentrations des recommandations européennes sur des tubes de dentifrices achetés en France.

L'utilisation de dentifrice doit être contrôlée par les adultes pour les enfants de moins de 6 ans car il est souvent ingéré par l'enfant. Une ingestion trop importante de dentifrice peut conduire à une fluorose dentaire ultérieure (surdosage en fluor durant la période de minéralisation des dents et qui a pour conséquence la formation de tâche blanche à marron sur l'émail des dents). Il est donc important d'évaluer le risque carieux de l'enfant ainsi que sa capacité à cracher le dentifrice pour choisir le dentifrice adapté. En l'absence de l'avis d'un chirurgien-dentiste, le **choix du dentifrice se fera donc selon l'âge de l'enfant et des recommandations du fabricant** (se fier à l'âge inscrit sur le tube ou la boîte) (Figure 20).



Figure 20 : dentifrices pour les enfants de moins de 6 et plus de 6 ans, disponibles en magasin et pharmacie (source : document personnel)

La quantité de dentifrice adaptée équivaut à (Toumba et coll., 2019) :

- une trace ou un grain de riz pour la première dent et jusqu'aux 2 ans de l'enfant,
- un petit pois pour les enfants de 2 à 6 ans,
- 1/3 de la brosse (1-2cm) pour les enfants de plus de 6 ans.

Pour potentialiser l'effet des fluorures, l'excédent doit être craché et le dentifrice ne doit pas être rincé après le brossage (UFSBD, 2013).

- **Brossage adapté à l'âge**

Le brossage doit se faire dès que les dents ont fait leur éruption dans la cavité buccale, c'est-à-dire aux alentours de 6 mois (parfois plus tôt ou plus tard selon les enfants). Avant 6 mois, il est possible d'initier l'enfant à l'hygiène buccodentaire en utilisant une compresse humide ou un doigtier en silicone pour masser les gencives (Jager et coll., 2018). Le brossage doit être réalisé par un adulte jusqu'aux 3 ans de l'enfant (AFSSAPS, 2008). Ensuite jusque 6 à 8 ans, le brossage peut être réalisé par l'enfant mais doit être terminé puis supervisé par un adulte en fonction de l'autonomie de l'enfant afin de « *vérifier la qualité du brossage, de s'assurer de la durée du brossage [...], et] de limiter l'ingestion de dentifrice* » (AFSSAPS, 2008). Pour favoriser cette autonomie, il est possible de leur mettre à disposition un sablier ou un minuteur dans la salle de bain afin qu'ils aient un repère temporel pour brosser leurs dents suffisamment longtemps. Le miroir de la salle de bain leur permet également de vérifier leur mouvement (Lopez et coll., 2007).

Une affiche explicative sur le thème du brossage (brosses à dents, dentifrice, méthode de brossage) peut être placée sur un mur dans la salle de bain. Elle peut alors servir de rappel constant pour l'enfant et d'appuyer le discours sur l'hygiène buccodentaire. Nous vous suggérons une fiche dans la partie 2.2.3.

La technique de brossage se complique avec l'âge de l'enfant, notamment avec l'éruption des dents permanentes (Muller-Bolla, 2018; UFSBD, 2013).

- **De 6 mois à 1 an** (jusqu'à l'éruption des premières molaires temporaires), le brossage peut être réalisé uniquement le soir avec une compresse humide et il s'agit alors d'un nettoyage des surfaces lisses des dents et des muqueuses.

- **Entre 1 et 6 ans** (éruption de la première molaire permanente) : un brossage dit horizontal peut être suffisant en prenant soin de brosser l'ensemble des dents. Pour brosser les incisives, il faudra faire un mouvement du haut vers le bas en séparant le devant et le derrière des dents. Quant aux molaires, il faudra aller de l'arrière vers l'avant en mettant la brosse à dents à cheval sur les dents. Les arcades dentaires (supérieure et inférieure) peuvent être divisées chacune en 2 cotés (droit et gauche) : la brosse à dents doit passer sur chaque quadrant pendant 30 secondes avec des mouvements horizontaux d'avant en arrière (Figure 21).



Figure 21 : mouvement horizontal à effectuer pour le brossage des dents pour les enfants de moins de 6 ans (source : document personnel)

Le brossage doit être effectué 2 fois par jour matin et soir à partir de 2 ans. La façon la plus simple pour effectuer ou aider l'enfant à se brosser les dents est de se positionner derrière lui, idéalement en étant assis avec l'enfant assis sur ses genoux, afin de ne pas le blesser et d'avoir les mêmes mouvements que pour son propre brossage (Figure 22).



Figure 22 : position privilégiée pour réaliser le brossage des dents d'un enfant jusque 6 ans (source : Lopez et coll., 2007)

- **À partir de 6 ans**, il sera nécessaire de brosser séparément le côté intérieur (du côté de la langue) et le côté extérieur des dents (du côté de la joue) sans oublier le dessus des dents. Les mouvements ne se feront plus horizontalement mais de façon rotative en brossant de la gencive vers la dent afin de masser les gencives (Figure 23). **L'important est de brosser toutes les faces de toutes les dents** : si le contrôle de plaque est bien réalisé (absence de plaque dentaire sur toutes les surfaces des dents après le brossage), il ne faudra pas chercher à compliquer davantage la méthode (Muller-Bolla et coll., 2011).



Figure 23 : mouvement rotatif à effectuer et chemin à suivre pour le brossage des dents pour les enfants de plus de 6 ans
(source : document personnel)

L'utilisation d'un produit révélateur de plaque peut s'avérer utile afin de constater visuellement la présence ou non de plaque dentaire après le brossage. Ces produits permettent de colorer la plaque dentaire afin que le patient se rende compte de sa présence (Kientz, 2019). Si certains sont mono-teintes et colorent uniquement la plaque dentaire d'une certaine couleur (souvent rouge ou rose comme le révélateur de la marque Inava®), d'autres permettent de déterminer l'ancienneté de la plaque avec 2 ou 3 teintes (la couleur s'assombrissant passant de rouge à bleu avec l'ancienneté de la plaque comme le révélateur Tri Plaque ID® du laboratoire GC). (Figure 24).



Figure 24 : application de révélateur de plaque mono-teinte Dento Plaque Inava® (à gauche) et tri-teinte Tri Plaque ID® du laboratoire GC (à droite)
(source : document personnel)

Certains produits sont disponibles en vente libre en pharmacie sous forme de comprimé ou bain de bouche (Kientz, 2019) (Figure 25).



Figure 25 : révéléteurs de plaque disponibles en vente libre en pharmacie : sous forme de gouttes (Dento-Plaqué de chez Inava®) et de comprimés (Gum®) (source : document personnel)

Nous conseillons donc leur utilisation lorsque l'enfant devient autonome afin qu'il visualise les progrès qu'il doit faire ou dès qu'il y a une baisse de motivation pour l'hygiène buccodentaire en adoptant un discours adapté à l'enfant (possibilité d'utiliser des « leviers » comme l'esthétisme, la mauvaise haleine, la séduction pour les adolescents). Une utilisation hebdomadaire peut être une bonne fréquence afin de faire un rappel régulier afin d'une part de contrôler le brossage et d'autre part de motiver ou remotiver l'enfant à l'hygiène buccodentaire.

Enfin, les laboratoires Pierre Fabre Oral Care ont commercialisé récemment un dentifrice qui fait également office de révélateur de plaque : le dentifrice Elgydium révélateur de plaque (Figure 26). Après brossage et rinçage du dentifrice, les résidus de plaque dentaire se colorent en vert permettant ainsi à l'enfant d'observer les endroits insuffisamment brosser. Il peut alors terminer son brossage jusqu'à disparition de la couleur sans rajouter de dentifrice.



Figure 26 : dentifrice révélateur de plaque de la marque Elgydium (source : site internet <https://fr-fr.pierrefabre-oralcare.com/>, 2019)

- Remarque pour les patients porteurs d'un dispositif orthodontique

Le port d'un dispositif orthodontique favorise la rétention de plaque et nécessite une hygiène buccodentaire d'autant plus rigoureuse.

- Les dispositifs amovibles doivent être retirés après les repas afin d'être nettoyés avec une brosse à dents et du dentifrice (Antezack et Monnet-Corti, 2018).
- Pour les appareils fixes, l'utilisation de **brossettes interdentaires** permet l'élimination de la plaque au niveau des zones où l'accès avec la brosse à dents est limité (suivre les conseils de l'orthodontiste pour leur achat) (Figure 27) (Antezack et Monnet-Corti, 2018). La brosse à dents devra être changée plus régulièrement du fait de son usure plus rapide à cause des éléments métalliques.



Figure 27 : utilisation d'une brossette interdENTAIRE
(source : Antezack et Monnet-Corti, 2018)

2.2.3. Synthèse

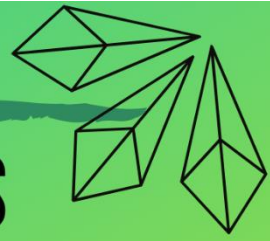
Nous vous suggérons un tableau récapitulatif de l'ensemble des conseils d'hygiène buccodentaire en fonction de l'âge de l'enfant (Tableau 5). Une fiche est également disponible à la page suivante. Elle peut être imprimée afin d'être affichée dans la salle de bain pour rappeler les méthodes de brossage aux enfants (Figure 28). Nous vous proposons également une fiche récapitulative (Figure 29) des différents conseils concernant l'enfant de moins de 6 ans sur les thèmes de l'alimentation, de l'hygiène buccodentaire et des traumatismes que nous aborderons en partie 2.4.4.

Tableau 5 : synthèse des conseils d'hygiène buccodentaire
(source : document personnel)

Âge	Brosse à dents	Quantité de dentifrice	Méthode et supervision du brossage
Moins de 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Compresse humide - Doigtier en silicone - Brosse à dents souples avec une petite tête 	Grain de riz	Nettoyage humide Brossage horizontal réalisé par un adulte
De 2 à 6 ans	Brosse à dents adaptée à l'âge	Petit pois	Brossage horizontal réalisé par un adulte Ensuite aide et supervision (objectif = autonomie)
Après 6 ans	(prendre tranche d'âge inférieure aux recommandations du fabricant)	1/3 à 1/2 de la longueur de la tête de brosse	Supervision jusque 8 ans Puis contrôle et autonomie (objectif atteint) Brossettes interdentaires si appareil orthodontique



Santé buccodentaire et...



BROSSAGE DES DENTS

POUR LES ENFANTS DE +6ANS

MATÉRIEL

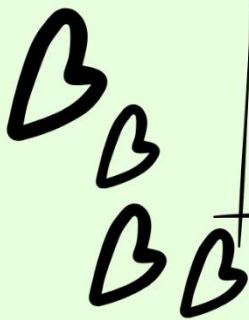
Brosse à dents de petite taille, changée régulièrement, et dentifrice adapté à l'âge de l'enfant utilisé en quantité raisonnable (1/3 longueur de la brosse)



FRÉQUENCE & DURÉE

Au moins 2x par jour
Tous les jours : le matin ET le soir
Pendant au moins 2 minutes

AIDE ET SUPERVISION DU BROSSAGE PAR UN ADULTE JUSQU'ÀUX 8 ANS DE L'ENFANT



En complément :
Minuteur/sablier/horloge
Miroir
Révélateur de plaque
Brossettes interdentaires (pour traitement ortho)

MÉTHODE

Brosser *toutes les dents* ET *toutes les faces* des dents

MOUVEMENT ROTATIF



Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 28 : fiche rappelant les éléments essentiels du brossage des dents (source : document personnel)

Santé buccodentaire

DE L'ENFANT DE MOINS DE 6 ANS

• ALIMENTATION & PRÉVENTION DU RISQUE DE CARIE

- Éviter le grignotage et ne pas laisser un biberon de lait (ou autre liquide sucré) à portée de main durant la journée et surtout pas pendant la nuit et à l'endormissement (remplacer le lait par de l'eau)
- Limiter toute transmission bactérienne (chacun sa cuillère pour goûter les repas, ne pas mettre la tétine dans sa propre bouche)

• HYGIÈNE BUCCODENTAIRE



- Peut être commencée dès l'éruption des premières dents d'abord avec une compresse puis avec une brosse à dents
- Aide et supervision du brossage jusqu'à l'âge de 8 ans
- Dentifrice adapté à l'âge de l'enfant
- **Brossage le soir jusqu'à 2 ans puis au moins 2x par jour tous les jours (le matin et le soir) pendant au moins 2 minutes**



MÉTHODE



Brosser **toutes les dents** de façon horizontale
Puis brosser les incisives à la verticale du rose vers le blanc



• TRAUMATISMES DES DENTS TEMPORAIRES

- Consultation immédiate auprès du dentiste traitant ou aux urgences pédiatriques si les dents traumatisées empêchent la fermeture normale de la bouche et si la pulpe de la dent est visible (si du rouge sort de la dent)
- Dans les autres cas, la consultation peut être légèrement différée mais uniquement de quelques jours (si chute le week-end ou jour férié)
- Penser à apporter le carnet de santé de l'enfant au dentiste

Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 29 : synthèses des conseils concernant la santé buccodentaire de l'enfant de moins de 6 ans (source : document personnel)

2.3. La succion non nutritive

2.3.1. Les rôles et besoins relatifs à la succion non nutritive

La succion est une fonction physiologique qui se met en place lors du développement fœtal : il s'agit d'un réflexe primaire qui initiera la tétée et permettra alors l'alimentation de l'enfant. Les premiers mouvements de succion s'établissent au tout début du stade fœtal avec le réflexe de Hooker à partir de la 9^e semaine *in utero* : le bébé ouvre sa bouche et sort sa langue lorsque sa main touche ses lèvres (Hooker, 1942). À partir de la 11^e semaine *in utero*, le fœtus commence à déglutir du liquide amniotique : la déglutition s'associera peu à peu au réflexe de succion. Le réflexe de succion-déglutition fait intervenir un certain nombre de structures nerveuses et témoignent de la maturation néonatale du tronc cérébral (Renault, 2011). La déglutition n'est complètement fonctionnelle qu'après 26 à 30 semaines de gestation et le couple succion-déglutition mature à partir de la 34^e semaine permet alors à l'enfant de se nourrir dès la naissance (Renault, 2011).

Nous pouvons donc distinguer deux types de succion : la **succion non nutritive** et la **succion nutritive** contribuant à l'alimentation de l'enfant.

Elles se différencient d'un point de vue fonctionnel, permettant ou non l'alimentation, et temporel. La succion non nutritive est ainsi deux fois plus rapide que la succion nutritive avec 2 succions par seconde et elle alterne des périodes de rafales avec des périodes de repos (Lecanuet, 2007).

Les résultats des études relatant du lien entre le mode d'alimentation (au sein ou au biberon) et le développement d'habitudes de succions non nutritives semblent montrer qu'un allaitement réduit voire absent est associé à une augmentation de la prévalence des habitudes de succion non nutritive (Agarwal et coll., 2014; Chen et coll., 2015; Romero et coll., 2011). Cela serait lié au fait qu'un enfant allaité trouve toute la satisfaction émotionnelle dont il a besoin et n'aurait donc pas besoin de se réfugier dans des comportements de succion non nutritive pour rechercher un plaisir équivalent (Lupi-Pegurier et Muller-Bolla, 2004; Chen et coll., 2015).

Durant l'enfance, la succion non nutritive se poursuit par l'intermédiaire d'une tétine pour 60 à 80% des enfants, d'un doigt pour 10 à 40% des enfants ou d'un autre objet (doudou, linge) pour 5 à 20% des enfants (Huon, 2018). La succion digitale concerne majoritairement le pouce.

La succion non nutritive est une **véritable source de réconfort** et de **plaisir** pour l'enfant.

L'enfant cherche à retrouver la satisfaction et l'apaisement qu'il éprouve lorsqu'il est nourri. Pour Bowlby, la succion non nutritive permettrait de substituer à la figure parentale, figure d'attachement comme nous l'avons vu dans la partie « Alimentation », quand celle-ci est absente (Bowlby, 2002). Freud la décrit même comme une **pulsion sexuelle** tant elle est source de plaisir pour l'enfant (Freud, 2012). L'enfant s'y réfugie dans des **moments d'endormissement**, de **fatigue** ou lors de **périodes d'inactivité** (Lupi-Pegurier et Muller-Bolla, 2004).

La plupart des enfants diminue leurs habitudes de succion non nutritive à partir de 3 ans, âge d'entrée en école maternelle. Les enfants sont occupés la journée, jouent avec leurs camarades de classe ce qui limite les possibilités de repli sur soi et donc les habitudes de succion.

Comme pour les comportements alimentaires cités dans la première partie, si un enfant dont l'âge est « avancé » est accueilli à l'ASE avec des habitudes de succion, il sera alors difficile de lui faire arrêter cette habitude. En effet, elle pourrait être fortement ancrée dans le comportement de l'enfant comme un moyen de s'échapper de son quotidien tourmenté : il apparait donc délicat de le faire arrêter dans ces conditions. Nous verrons ainsi dans la partie ci-dessous les bénéfices d'un arrêt de cette habitude pour l'enfant et les malformations qu'elle peut entraîner si elle perdure dans le temps.

2.3.2. La balance bénéfices-risques liée à l'arrêt ou non de la succion non nutritive

Si la succion non nutritive est normale et physiologique, sa prolongation peut entraîner des modifications anatomiques à l'origine de perturbations au niveau des arcades dentaires avec persistance d'une déglutition infantile voire entraîner des troubles de la parole.

- Répercussions inter arcades

L'interposition répétée d'une tétine ou du pouce pendant la croissance de l'enfant peut entraîner des malocclusions dans les trois plans de l'espace (Figure 30) :

- sens transversal (plan horizontal),
- sens vertical (plan frontal),
- sens sagittal (plan sagittal).

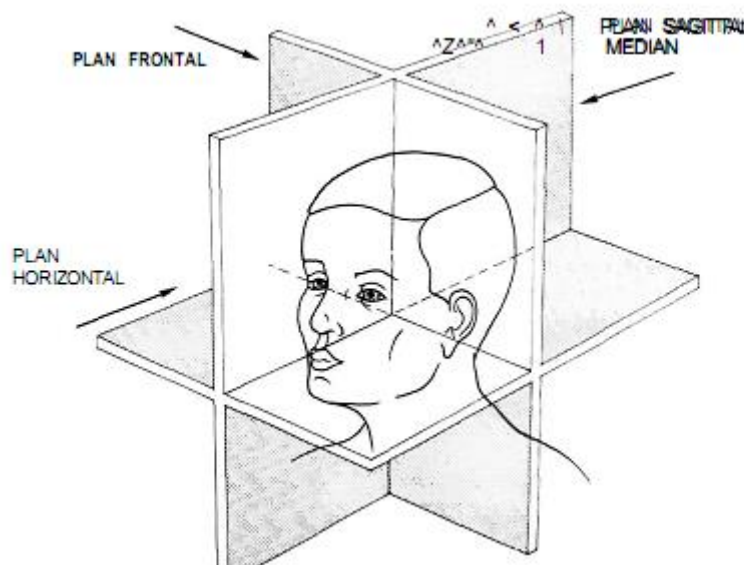


Figure 30 : les différents plans de références
(source : Medespace, 2013)

- Anomalies de la dimension transversale

La succion non nutritive prolongée peut provoquer dans le sens transversal un **inversé d'articulé postérieur** uni ou bilatéral. Le maxillaire qui doit physiologiquement circonscrire la mandibule telle le couvercle d'une boîte se retrouve alors bloqué par la mandibule : l'occlusion est dite inversée, les dents mandibulaires se retrouvant en périphérie des dents maxillaires (Figure 31).



Figure 31 : inversé d'articulé postérieur
(source : Huon, 2018)

L'association entre succion non nutritive et inversé d'articulé postérieur a largement été démontré dans la littérature : elle est d'ailleurs significative après 3 ans (Agarwal et coll., 2014; Ravn, 1976). L'incidence d'inversé d'articulé postérieur serait plus élevée chez les suceurs de tétine que chez les suceurs de pouce en denture temporaire (Warren et Bishara, 2002). En denture mixte, cette différence s'atténue du fait des plus grandes difficultés à arrêter la succion du pouce contrairement à la tétine : lorsque les enfants rentrent à l'école primaire, la tétine est très souvent délaissée et la facilité à prendre le pouce fait que c'est une habitude plus difficile à perdre (Warren et Bishara, 2002).

- Anomalies de la dimension verticale

Dans cette dimension, l'anomalie la plus retrouvée en rapport avec une habitude de succion est la **béance antérieure**, aussi nommée **infraclusion** ou *open bite* en anglais (Figure 32). L'interposition répétée du pouce ou de la tétine entre les arcades entraîne une déformation alvéolaire avec un espace prononcé entre les incisives maxillaires et mandibulaires (>2mm) (Boileau, 2011; Ling et coll., 2018). La béance antérieure serait beaucoup plus présente en denture temporaire et elle décroît à partir de 6 ans : cela serait en lien avec une correction spontanée de l'anomalie suite à l'arrêt des habitudes de succion, en particulier la tétine qui est arrêtée spontanément lors de l'entrée à l'école primaire ou « l'école des grands » (Huon, 2018). Après 6 ans, elle concerne donc particulièrement les suceurs de pouce et une correction spontanée ne pourra

avoir lieu du fait de la présence des dents permanentes, et nécessite ainsi un traitement orthodontique.



Figure 32 : béance antérieure
(source : Journal of Clinical Orthodontics, 2017)

- Anomalies de la dimension sagittale

Elles concernent les anomalies observées en occlusion au niveau des molaires et des canines. La succion non nutritive prolongée entrainerait des rapports molaires et canines de classe II d'Angle (Adair et coll., 1995; Warren et Bishara, 2002) : les molaires et les canines mandibulaires sont en retrait par rapport aux maxillaires alors qu'elle devrait être en avant comme dans des rapports de classe I d'Angle (Figure 33). La distance qui sépare les incisives maxillaires des incisives mandibulaires, aussi appelée surplomb, est également augmenté ($>2\text{mm}$) (Tabet et Aubron, 2015). Le surplomb est particulièrement associé à la succion digitale du fait de l'interposition du doigt entre les deux arcades exerçant alors une pression vers l'avant au niveau des incisives maxillaires et vers l'arrière au niveau des incisives mandibulaires (Huon, 2018).

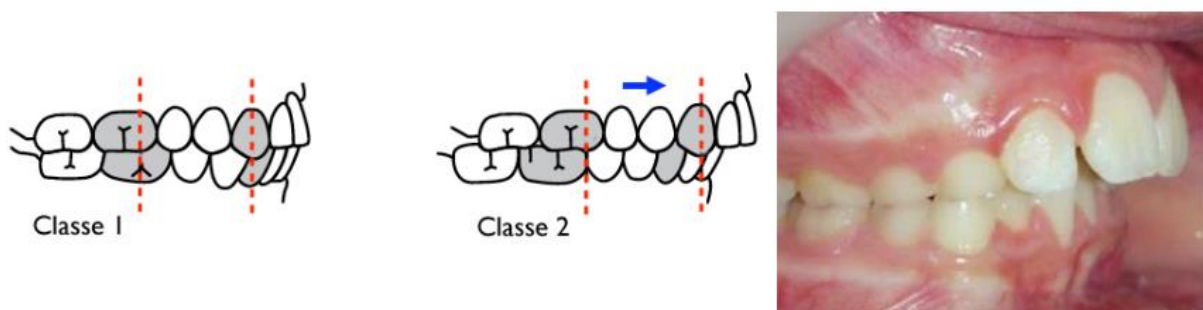


Figure 33 : rapports de classe I (normalité) et II avec une augmentation du surplomb incisif
(source : Aubron et Tabet, 2015)

- Répercussions intra arcades

Les malpositions dentaires qui peuvent être retrouvées au sein d'une arcade sont donc des vestibulo-versions des incisives supérieures et des lingo-versions des incisives inférieures.

Dans certains cas, il est également possible d'observer une vestibulo-version des incisives inférieures du fait de la persistance d'une déglutition infantile, la langue poussant les incisives vers l'avant (Larsson, 1987).

- Dysfonction linguale avec persistance de la déglutition infantile

La déglutition évolue au cours de la croissance. À la naissance, lors du réflexe de succion-déglutition, la langue réalise un mouvement antéro-postérieur : il s'agit du mouvement de *suckling*. Progressivement, les mouvements vont se complexifier et aller de bas en haut : c'est le passage au mouvement de *sucking* (Figure 34), permettant l'ingestion d'aliments plus pâteux qui doivent être malaxés (Marmouset et coll., 2015).

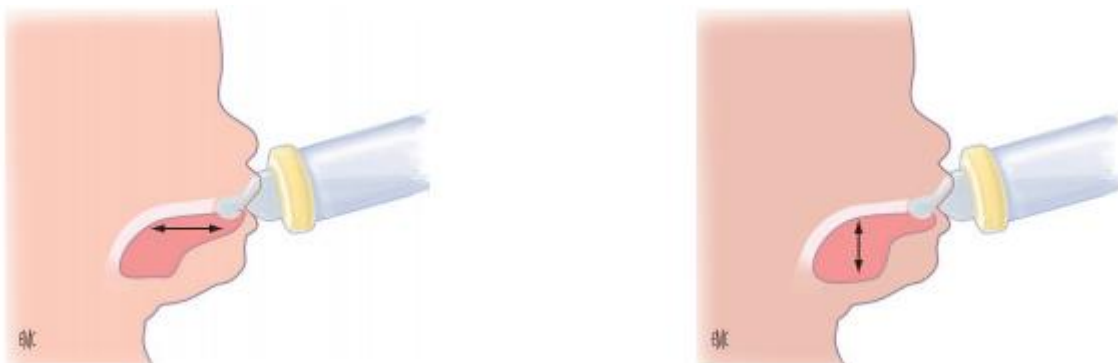


Figure 34 : déglutition du nouveau-né (*suckling* à gauche) et déglutition du nourrisson (*sucking* à droite)
(source : Marmouset et coll., 2015)

Du fait de l'absence de dents, la langue s'étale au niveau de la cavité buccale et n'est limitée que par la pression labiale exercée lors de la déglutition pour assurer l'herméticité : il s'agit de la déglutition infantile. L'éruption des dents permet alors de bloquer la langue entre les deux arcades : commenceront alors les prémices de la mastication qui concourent au malaxage des aliments réalisé jusqu'alors par la langue. Cette dernière se placera donc juste derrière les incisives maxillaires et permettra le transport du bol alimentaire puis sa propulsion vers le pharynx et l'œsophage.

La persistance d'un comportement de succion non nutritive entraîne une position basse de la langue dans la cavité buccale et entretient alors la déglutition infantile dite

atypique : la langue se place entre les dents antérieures ou postérieures ou encore contre les incisives favorisant leur déplacement vers l'avant (Landouzy et coll., 2009).

- Troubles de l'élocution

Certaines études montrent que les habitudes de succion non nutritive prolongées peuvent être associées de manière significative avec des troubles de l'élocution entre 3 et 5 ans (Barbosa et coll., 2009; Hatami et coll., 2018). Ainsi, un enfant avec une habitude de succion digitale aurait trois fois plus de risque de développer un trouble de l'élocution par rapport à un enfant qui n'aurait pas cette habitude (Barbosa et coll., 2009; Hatami et coll., 2018).

La correction spontanée des répercussions liées à la succion non nutritive est possible en denture temporaire à condition que l'enfant cesse cette habitude. Les forces labiales exercées lors de la parole, la mastication et la déglutition permettent une auto-correction jusqu'aux 4 ans de l'enfant, auto-correction qui serait limitée lors de l'éruption des dents permanentes, aux alentours de 6 ans (Nguyen, 2018). De plus, à cet âge il est fréquent que l'arrêt de la succion non nutritive se fasse spontanément grâce à la maturation cérébrale et suite à la pression des camarades de classe (Bishara et Larsson, 2007; Naulin-Ifi, 2011a).

Plus l'âge avance et plus le comportement de succion non nutritive s'ancre dans le comportement de l'enfant. Il n'est pas rare que certains enfants suçent leur pouce plutôt par automatisme que par réelle nécessité : 95% des enfants de plus de 6 ans qui suçent leur pouce le feraient par habitude (Fellus, 2003). **L'âge qui paraît donc le plus indiqué pour cesser cette habitude serait au plus tôt, vers les 2 ans de l'enfant**, afin d'éviter une persistance du comportement et de favoriser l'apprentissage de la parole. Entre 4 et 6 ans, il sera possible d'utiliser des approches comportementales afin de motiver l'enfant à arrêter de lui-même la succion non nutritive (récompenses et/ou renforcement positif) (Nguyen, 2018).

Pour les enfants accueillis par l'ASE, l'instabilité de la situation environnementale avec des changements de lieux ou de référents parfois fréquents rend l'arrêt de l'habitude de succion plus délicate. Étant en collectivité, les enfants peuvent y retrouver un réconfort et de l'apaisement, une façon pour eux de s'enfermer dans leur bulle. Leur

parcours à l'ASE peut être particulièrement long avec parfois de nombreuses modifications des lieux de placement : unité d'accueil d'urgence, pouponnière, maisons d'enfants, famille d'accueil, etc... Nous ne pouvons donc compter sur la stabilité environnementale pour favoriser l'arrêt du comportement de succion non nutritive. Le discours des professionnels qui s'occupent de ces enfants doit donc être unanime afin de ne pas semer le trouble dans leur l'esprit.

Il est conseillé d'éduquer les enfants dès le plus jeune âge à cesser le comportement de succion sans forcer et de manière progressive. L'intérêt de l'arrêt doit lui être expliqué avec des mots accessibles afin de le motiver (en jouant sur l'esthétisme du sourire par exemple). Si l'habitude concerne la tétine, elle peut être laissée dans le lit la journée lorsque l'enfant est à l'école afin de limiter son utilisation au moment de l'endormissement.

Nous rappelons également qu'au sein des structures accueillant les enfants, les tétines doivent être conservées dans des boîtes identifiées au nom de l'enfant afin de limiter la transmission d'agents pathogènes (Sixou et Robert, 2006).

À partir de 3-4 ans et selon la compréhension et la coopération de l'enfant, il est possible d'avoir recours à des approches comportementales pour favoriser l'arrêt de la succion non nutritive. Il est conseillé de renforcer de manière positive les périodes d'absence de succion de l'enfant avec des encouragements ou des récompenses (Nguyen, 2018). Si l'habitude persiste, des techniques dites physiques peuvent être utilisées en particulier pour la succion digitale : mettre un vernis avec un mauvais goût ou un pansement sur le doigt par exemple (Nguyen, 2018).

La consultation auprès d'un chirurgien-dentiste permettra également de mettre en évidence les éventuelles conséquences de l'habitude de succion et renforcera le discours entrepris par les professionnels encadrant l'enfant.

Enfin, après 6 ans avec la mise en place des dents permanentes sur l'arcade, l'arrêt de la succion non nutritive peut parfois être accompagnée d'une prise en charge orthodontique. Nous détaillerons les objectifs et conséquences de ce traitement dans la partie concernant les traitements orthodontiques.

2.3.3. Synthèse

Une synthèse des objectifs et conseils au sujet de la succion non nutritive est représentée par l'intermédiaire d'une affiche explicative disponible à la page suivante (Figure 35).

Santé buccodentaire et...

SUCCION DU POUCE/DE LA TÉTINE

SOURCE DE
PLAISIR/RÉCONFORT



MALFORMATIONS SI
L'HABITUDE PERSISTE
TROP LONGTEMPS

MALFORMATIONS DENTAIRES



Journal of Clinical Orthodontics, 2017

MAIS AUSSI :

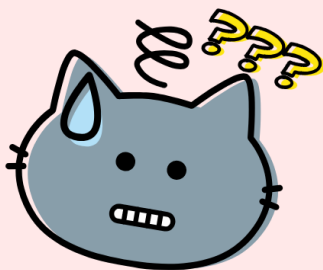
+

- Problèmes fonctionnels (déglutition atypique,...)
- Traitements orthodontiques plus longs et plus difficiles



NON ! MAIS...

DOIT-ON POUR
AUTANT JETER
LA TÉTINE OU
COUPER LE
POUCE ?



- Expliquer à l'enfant l'intérêt d'arrêter
 - Pour les + petits : "pour devenir un grand"
 - Pour les + grands : "avoir un beau sourire"
- Éduquer l'enfant dès le plus jeune âge à **laisser la tétine dans le lit** et à parler sans la tétine ou le pouce dans la bouche
- Employer le **renforcement positif** pour féliciter l'absence de l'habitude
- Quelques techniques pour limiter la succion du pouce : **vernis** au goût désagréable, **pansement** ou dessin d'un **bonhomme** sur le pouce ("ton pouce n'aime pas être dans le noir, comme toi"), **calendrier** à remplir avec des soleils et des nuages pour les jours sans/avec succion du pouce ou de la tétine

Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 35 : fiche récapitulative autour du thème de la succion non nutritive
(source : document personnel)

2.4. La consultation auprès d'un dentiste

2.4.1. L'accès aux soins des enfants placés

Au-delà de l'accueil de l'enfant, l'ASE doit également répondre aux besoins de soins de l'enfant dans toutes les dimensions qui concernent sa santé. Certains obstacles à l'accès aux soins peuvent émaner du statut d'enfant placé sur le plan administratif mais également sur le plan relationnel et perturber la mise en confiance de l'enfant, notamment lors des soins dentaires.

- Difficultés lors de l'admission à l'ASE : affiliation à l'assurance maladie obligatoire (AMO) et autorisation de soins

La même législation concernant l'affiliation à l'AMO régit tous les enfants, qu'ils soient placés ou non (Euillet et coll., 2016). Ainsi avant 16 ans, un enfant est rattaché en qualité d'ayant droit à l'un de ses parents ou les deux. Entre 16 et 18 ans, il peut, sous certaines conditions, soit continuer d'être rattaché en qualité d'ayant droit à l'un de ses parents ou demander la qualité d'ayant droit autonome. Les frais de santé sont donc remboursés à la personne à qui est rattaché l'enfant ou à l'enfant lui-même s'il possède le statut d'ayant droit autonome. À partir de 18 ans, il est assuré à titre individuel par l'intermédiaire de la protection universelle maladie (PUMA). Elle remplace la couverture maladie universelle (CMU) depuis le 1^{er} janvier 2016 et garantit à toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière la prise en charge de ses frais de santé (article L160-1 du code de la sécurité sociale). Ces personnes peuvent également bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, anciennement CMU-C pour CMU complémentaire), sous conditions de ressources. Elle permet la prise en charge, entre autres, du ticket modérateur, du forfait journalier en cas d'hospitalisation ou des dépassements de tarifs dans la limite de plafonds pour les lunettes ou les prothèses dentaires : il s'agit du **panier de soin de la CSS**.

Lorsque l'enfant est accueilli par l'ASE, se pose alors la question de l'affiliation à la couverture santé et donc de la prise en charge des frais de santé. Si certains départements font le choix d'une affiliation automatique à la PUMA facilitant la gestion des soins et donc des remboursements, d'autres se positionnent selon les mesures de protection administrative ou judiciaire (Euillet et coll., 2016). Les enfants faisant

l'objet d'une mesure de protection judiciaire (80% des enfants accueillis à l'ASE) seraient affiliés d'office à la PUMA et à la CSS (Euillet et coll., 2016), et ce par l'intermédiaire d'une procédure simplifiée permettant une affiliation rapide (Site de l'assurance maladie en ligne - AMELI, 2018). Concernant les procédures administratives, cela serait discuté au cas par cas, en fonction de la situation de l'enfant. Les enfants accueillis à l'ASE à titre provisoire restent quant-à-eux ayant droit de leurs parents. Le rapport de mars 2016 concernant l'accès à la santé des enfants protégés met en évidence la demande systématique et explicite d'affiliation à la CMU (la PUMA n'était pas encore mise en place) pour 75% des départements (Figure 36) (Euillet et coll., 2016).

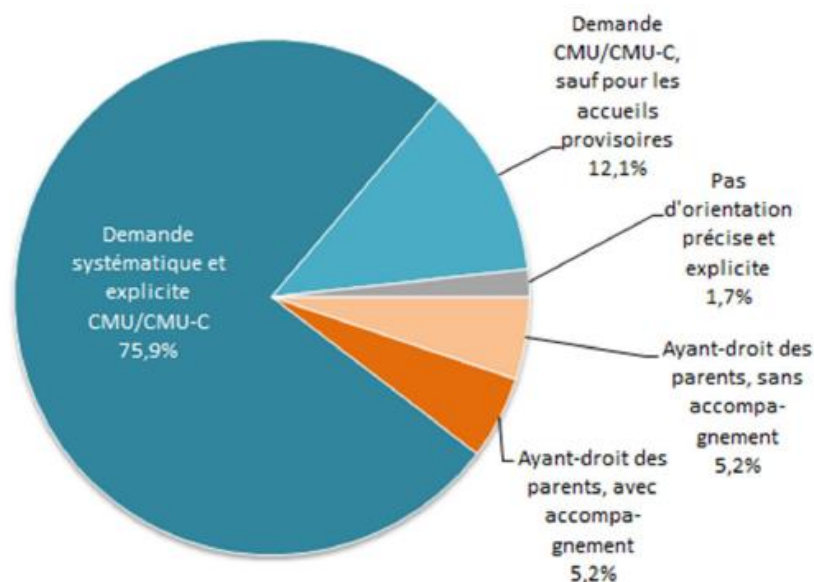


Figure 36 : politiques départementales d'affiliation des mineurs à la couverture santé au moment de leur placement à l'ASE (source : Euillet et coll., 2016)

La place des parents dans le parcours de soin de leur enfant protégé peut également être source de difficultés administratives et relationnelles.

Lors du placement, la question de la santé de l'enfant est abordée avec les parents. Les informations concernant les soins en cours sont transmises à l'ASE avec le carnet de santé et une autorisation de soins est signée par les parents afin que l'ASE puisse continuer à réaliser le suivi médical de l'enfant. Un bilan de santé peut également être réalisé afin de diagnostiquer d'éventuelles pathologies. Enfin, le projet pour l'enfant (PPE) peut comporter un volet santé pour identifier le besoin en soins de l'enfant et établir un accompagnement de sa santé pendant le placement.

Cependant, ces procédures ne sont pas systématiques (Euillet et coll., 2016). Le carnet de santé n'est pas toujours transmis (conservé par les parents) ou il est présent sous forme de photocopie limitant ainsi la possibilité pour les médecins de le remplir. Le bilan de santé n'est réalisé systématiquement que dans 35% des services de l'ASE en France et le PPE, lorsqu'il est appliqué, ne comporte un volet santé que pour 47% des services de l'ASE en France.

C'est pourquoi ce bilan est obligatoire depuis la loi du 24 décembre 2019. Il doit être réalisé dès le début de la mesure de protection de l'enfance afin de connaître l'état de santé de l'enfant et les besoins de prévention ou de soins pendant son parcours à l'ASE (Legifrance, 2019c).

- Besoins et suivi des soins

Le manque de données, tant au niveau national que départemental, ne permet pas de faire un état précis des problèmes de santé des enfants protégés comparé aux enfants de la population générale. Les **problèmes d'alimentation** (malnutrition, grignotage), **d'hygiène corporelle** et vestimentaire par un non-apprentissage ou manque d'autonomie et de **sommeil** (difficulté à l'endormissement, perturbation du sommeil, énurésie) seraient les problèmes les plus fréquemment rencontrés lors des placements à l'ASE (Corbet et coll., 2013; Euillet et coll., 2016). En Loire-Atlantique, les enfants accueillis à l'ASE présentent des scores similaires à la moyenne française concernant la surcharge pondérale, les soins optiques et dentaires (Bacro et coll., 2013). L'absence de bilan médical systématique lors du placement (obligatoire depuis la loi du 24 décembre 2019) et le manque d'information au sujet de la santé de l'enfant ne permet pas de mettre en évidence certains problèmes de santé que pourraient rencontrer cette population. Par exemple, 38% des professionnels des services de l'ASE ne savent pas si les enfants accueillis souffrent de problèmes dentaires (Figure 37).

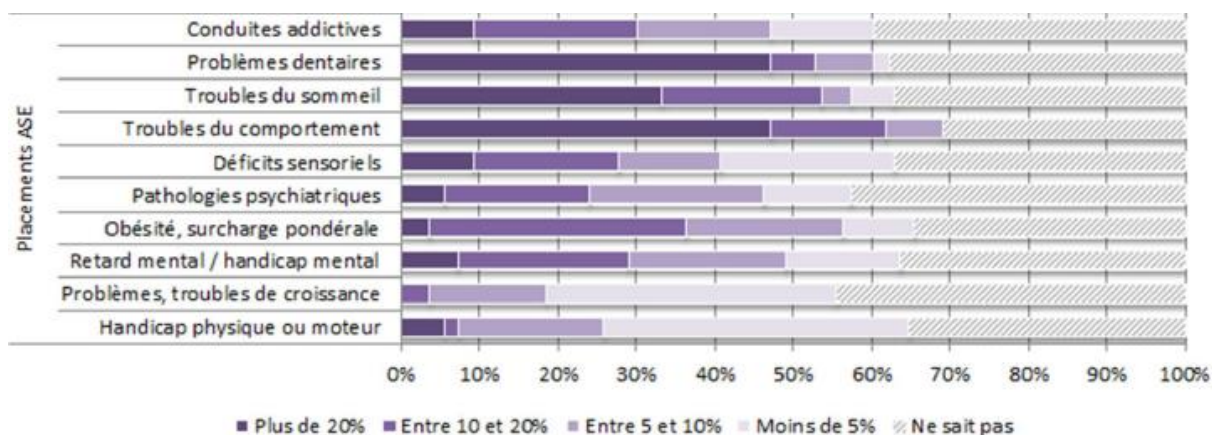


Figure 37 : constats sur l'état de santé des enfants au moment de leur placement vus par les professionnels de l'ASE (source : Euillet et coll., 2016)

L'accès aux soins n'est pas non plus exempt de difficultés. Pour l'ASE, les trois principales raisons d'une insuffisance d'accès aux soins sont :

- la **réticence des professionnels** de santé à prendre en charge des patients affiliés à la CMU-C,
- l'**absence d'implication des parents** dans les démarches médicales (pas d'autorisation de soin, conservation du carnet de santé),
- les **difficultés financières** (dépassements d'honoraires, problèmes de remboursements des mutuelles) (Figure 38).

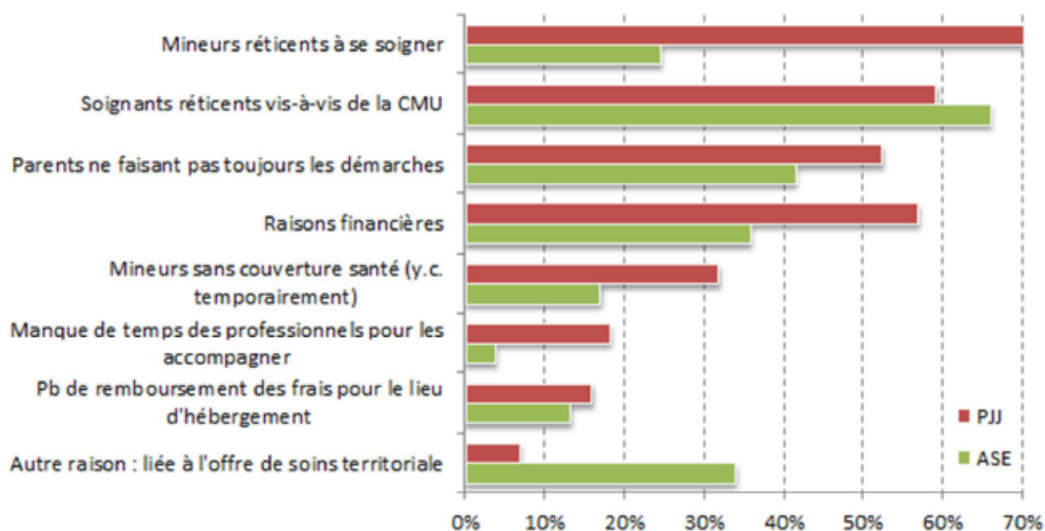


Figure 38 : raisons des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les mineurs protégés par l'ASE et la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) (source : Euillet et coll., 2016)

Concernant le suivi des soins, certains établissements ont fait le choix d'avoir un référent santé qui s'occupe de tout ce qui a un lien avec la santé des enfants : prise

des rendez-vous, accompagnement des enfants, interlocuteur avec les médecins, en particulier la PMI. Néanmoins, et pour des raisons de praticité et de disponibilité, ce suivi peut être réalisé par l'éducateur référent de l'enfant, ce qui est le cas dans la plupart des établissements (Euillet et coll., 2016) ou encore par les infirmières ou les médecins dans les pouponnières, les enfants en bas âge nécessitant un suivi régulier. Si cela est possible d'un point de vue géographique et organisationnel, le suivi médical de l'enfant peut être réalisé par le médecin traitant de sa famille. Il peut aussi être réalisé par un médecin attaché à l'établissement, un médecin de la PMI ou un médecin à proximité du lieu d'accueil.

- Accès à la santé lors du passage à la majorité

Lors du passage à la majorité, les jeunes sont accompagnés par l'ASE dans la préparation voire dans la réalisation de leurs démarches. Un service de l'ASE sur 6 en France ne préparerait pas du tout le jeune à sa majorité concernant le domaine de la santé (Euillet et coll., 2016). Il semble également qu'il y ait un manque de communication à ce sujet entre l'ASE et la CPAM : la fin du placement n'est pas notifié par l'ASE à la CPAM qui ne pourra donc pas connaître les nouvelles coordonnées du jeune et assurer la continuité de sa couverture santé (Euillet et coll., 2016).

Pour les jeunes interrogés lors de l'étude de 2016 sur l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance, il semblerait qu'ils « *perçoivent le fait d'être couverts par la CMU pendant leur minorité comme facilitant le passage à l'âge adulte.* » « *J'ai la CMU, depuis longtemps. C'est eux qui l'ont fait. Comment dire après plus tard c'est pas mes parents qui feront ma CMU, j'aurai pas de souci à le refaire.* » (Théo, 16 ans) » (Euillet et coll., 2016).

2.4.2. Le suivi buccodentaire de l'enfant placé

Le suivi buccodentaire d'un enfant pendant son parcours à l'ASE peut être, tout comme le suivi médical, discontinu en raison des changements parfois récurrents de lieux de placements ou d'intervenants. Le carnet de santé, s'il est présent, peut être peu voire pas rempli et ne permet donc pas d'avoir une vision de la santé globale, et dentaire, de l'enfant. Les affections buccodentaires peuvent avoir de lourds retentissements sur

le plan physique (infections, douleurs) mais aussi sur le plan psychologique avec une altération de l'image et de l'estime de soi (Rozier et Pahel, 2008). Ces affections et leurs conséquences concernent les dents permanentes mais aussi les dents temporaires dont il ne faut pas négliger l'utilité sur le développement de l'enfant. Nous tenterons donc par l'intermédiaire de cette partie de permettre aux professionnels qui s'occupent d'enfants placés de pouvoir initier puis de suivre les soins dentaires.

- Connaissance du parcours dentaire de l'enfant

Pour les très jeunes enfants accueillis à l'ASE, l'âge idéal de la première consultation est de 1 an afin de le familiariser à l'environnement du cabinet dentaire (Berthet et coll., 2006; Naulin-lfi, 2011b).

Pour les enfants plus âgés, si le parcours médical et dentaire de l'enfant n'a pas pu être retracé par l'intermédiaire du carnet de santé ou des échanges avec les parents, un bilan dentaire est nécessaire afin d'évaluer la nécessité des soins et d'éviter les consultations en urgence. En effet, ces dernières sont difficiles à gérer du point de vue de l'organisation tant pour les établissements que pour les praticiens d'autant que la coopération de l'enfant peut ne pas être optimale dans des conditions d'urgence. L'anxiété possible s'ajoute alors à la douleur rendant la consultation désagréable pour la triade enfant-accompagnateur-praticien.

- Gestion de l'anxiété au cabinet dentaire

Les soins dentaires peuvent être associés à une **crainte** voire même à une **anxiété** : peur de l'inconnu, peur des bruits, peur de la douleur. Véhiculée par de simples messages comme « *si tu n'es pas sage, le dentiste te fera une piqûre* », la peur des soins dentaires peut parfois rester ancrée chez l'enfant.

Un climat apaisant avant et pendant la première consultation permettra à l'enfant d'aborder les visites et soins ultérieurs en étant confiant. L'annonce du rendez-vous doit être réalisé comme une « *visite normale* » au même titre que la consultation auprès du médecin traitant (Bancelin, 2017). Des supports comme les livres permettent d'aborder de manière ludique cette première consultation (Figure 39) (Bancelin, 2017).



Figure 39 : livres explicatifs concernant la consultation dentaire
(source : document personnel)

Si l'enfant a déjà eu des soins, avant ou pendant son parcours à l'ASE, le bilan dentaire permettra une évaluation de l'anxiété de l'enfant. À l'annonce du rendez-vous et lors du déplacement vers le cabinet dentaire, l'accompagnateur de l'enfant pourra évaluer son anxiété par l'observation de gestes qui paraissent inhabituels (par exemple : évitement, mutisme sélectif ou au contraire logorrhée) et transmettre ces remarques au praticien afin qu'il en tienne compte pour le bon déroulement de la consultation. Selon le niveau d'anxiété et en cas d'échec des premiers soins voire de l'examen clinique, le chirurgien-dentiste pourra indiquer la nécessité d'une technique de sédation afin de faciliter les soins et de diminuer l'anxiété (Berthet et coll., 2006). Il peut s'agir :

- d'une **prémédication** avec la prescription d'un médicament à prendre avant le soin,
- ou d'une **sédation consciente par inhalation de MEOPA** (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote).

L'anesthésie générale peut éventuellement être proposée en dernier recours ou pour les jeunes enfants qui présentent de nombreuses lésions carieuses afin de réaliser l'ensemble des soins en un seul temps opératoire. S'agissant d'une intervention chirurgicale, elle nécessite l'autorisation des deux parents.

- Reconnaissance de la douleur par les professionnels encadrant les enfants

Une attention particulière doit être prêtée à **l'expression de la douleur**, voire à **l'absence d'expression de la douleur**, par les enfants.

Les enfants présentant des traumatismes relationnels précoces et placés en raison d'importantes carences éducatives et affectives ou de maltraitances peuvent éprouver

des difficultés à exprimer une douleur. En effet, durant les premières années de leur vie, ces enfants ont été soumis à un environnement chaotique sans figure d'attachement pouvant répondre à leurs attentes : ils ont pu être délaissés, avoir des parents défaillants qui ne répondaient pas à leurs besoins ou encore assister à de vives disputes. Ainsi, en réponse à un stress (comme par exemple une douleur), un mécanisme défensif d'évitement se met en place afin de protéger l'enfant. Il en résulte des « *troubles de la proprioception* » : ces enfants ne ressentent pas la douleur, paraissent « *totalement coupés de leurs corps* » (Bonneville-Baruchel, 2015) et ne vont donc pas exprimer la douleur.

De plus, suite à l'absence d'interaction physique avec leurs parents, ces enfants peuvent également souffrir de troubles du schéma corporel (Bonneville-Baruchel, 2015). Ils n'ont pas ou peu conscience de leur corps ni de ses besoins. Emmanuelle Bonneville-Baruchel évoque dans son livre « *Les traumatismes relationnels précoces* », cette absence de perception du corps par ces enfants :

« *Lors des repas thérapeutiques dans un hôpital de jour, les éducatrices observent que certains enfants se barbouillent le visage de nourriture car ils ne sentent pas leurs lèvres. D'autres remplissent leur bouche de nourriture sans s'arrêter pour déglutir car ils n'ont pas conscience du volume de leur cavité buccale.* » (Bonneville-Baruchel, 2015).

L'objectif sera donc d'offrir un cadre sécurisant pour que l'enfant puisse exprimer ses sentiments ainsi que sa douleur. En l'absence d'une telle expression, il faudra veiller aux changements de comportements qui peuvent révéler une douleur sous-jacente. Concernant la santé buccodentaire, un bilan régulier annuel ou biennuel, selon les recommandations du praticien, permet de prévenir la survenue de lésions carieuses pouvant être à l'origine de douleurs ou d'infections.

2.4.3. Le déroulement d'une consultation et des soins

Avant toute chose, il ne faut pas négliger le choix de la personne accompagnatrice : si pour des raisons de disponibilité et d'organisation il est difficile de faire appel à la même personne, l'accompagnateur de l'enfant ne doit pas être anxieux face aux soins dentaires afin de ne pas transmettre cette peur à l'enfant.

Ensuite, la consultation puis les soins se déroulent de manière tout à fait classique. Après la réalisation d'un questionnaire médical pour identifier les besoins spécifiques à l'enfant (d'où l'importance du carnet de santé et la connaissance des antécédents médicaux), un examen clinique permettra d'évaluer la nécessité de réaliser des soins ou de consulter un orthodontiste. Des rendez-vous pourront ainsi être programmés afin d'assurer les soins : ils sont souvent réalisés par quadrant afin de limiter la sensation gênante de l'anesthésie à une seule partie de la cavité buccale.

Enfin, un rendez-vous de contrôle pourra être conseillé à 3 mois, 6 mois voire 1 an : ce contrôle est primordial afin d'assurer le suivi dentaire de l'enfant (lésion carieuse, malocclusion, etc...). Nous savons à quel point il peut être difficile pour les établissements d'assurer le suivi étant donné le nombre d'enfants et le roulement des employés avec d'éventuels changements de postes. Le dispositif M'T Dents mis en œuvre par l'assurance maladie permet la prise en charge d'un examen buccodentaire et des soins qui en découlent sans avance des frais pour les enfants de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans. Les soins doivent être débutés dans les 3 mois qui suivent la consultation et terminés dans les 6 mois après le début des soins pour être pris en charge. Le courrier reçu avant l'anniversaire de l'enfant est un bon rappel pour son suivi dentaire mais il est insuffisant car renouvelé uniquement tous les 3 ans.

Nous vous proposons donc une fiche de suivi dentaire qui pourra être conservée avec les documents concernant la santé de l'enfant (dans son carnet de santé s'il est présent par exemple) afin que tous les professionnels puissent connaître l'avancée des soins et la nécessité d'un contrôle (Tableau 6). Cette fiche pourra être apportée à chaque rendez-vous ou à la fin des soins afin que le praticien puisse noter certaines particularités comme le risque carieux ainsi que la fréquence des contrôles. Une fiche récapitulative de cette sous-partie est également disponible à la page suivante (Figure 40 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Tableau 6 : fiche de suivi buccodentaire à destination des établissements de la protection de l'enfance
(source : document personnel)

Identité de l'enfant	<u>NOM</u> : <u>Prénom</u> : <u>Date de naissance</u> :			
Date de l'accueil à l'ASE				
Antécédents médicaux et chirurgicaux Allergies				
Médications				
Date	Accompagnateur	Contenu de la séance ± remarques	Prochain rendez-vous	Praticien
Conseils				
Date	Accompagnateur	Contenu de la séance ± remarques	Prochain rendez-vous	Praticien
Conseils				

Concernant les données du tableau, le praticien pourra noter dans la colonne « contenu de la séance » le niveau d'anxiété et/ou de coopération de l'enfant, son niveau d'hygiène buccodentaire, la présence d'un éventuel risque fonctionnel nécessitant ou non la consultation auprès d'un spécialiste ou tout autre particularité qu'il aurait pu observer durant la séance. Des conseils associés à ces observations pourront être rédigés dans la ligne juste en dessous. Dans la colonne « prochain rendez-vous », il serait intéressant de noter la date, le type de soin et la (ou les) dent(s) concernée(s) ainsi que la fréquence des contrôles lorsque les soins sont terminés.

Santé buccodentaire et...

CONSULTATION DENTAIRE

- ÂGE DE LA 1ÈRE CONSULTATION = 1 AN

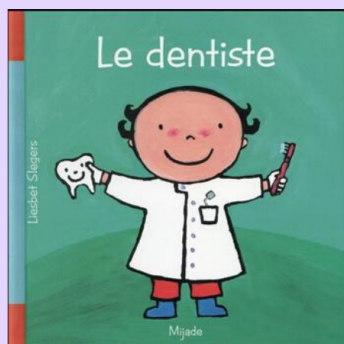


- PUIS, BILAN TOUS LES 6 MOIS

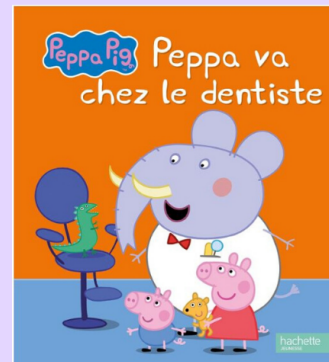
- Même s'il n'y a pas de symptômes
- Pour vérifier l'absence de carie et si nécessité d'une consultation auprès d'un spécialiste (orthodontiste, orthophoniste, etc...)

- CONSULTATION AUPRÈS D'UN DENTISTE = CONSULTATION CLASSIQUE

- Comme un rendez-vous auprès d'un médecin
- Eviter d'employer les mots "peur", "mal" ou "piqûre"



Pour les plus jeunes : les livres permettent d'aborder cette visite sous un autre angle avec des mots adaptés



- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX NÉCESSAIRES

- Avoir le carnet de santé ou connaître les informations médicales de l'enfant pour le rendez-vous
- Conserver le suivi des soins et le transmettre lors d'un changement d'établissement
- Une feuille de suivi peut être utile : à discuter avec le dentiste



Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 40 : fiche récapitulative concernant la consultation dentaire
(source : document personnel)

2.4.4. Les traumatismes buccodentaires

Les traumatismes buccodentaires sont des évènements fréquents, en particulier chez les enfants : 25% des enfants scolarisés auraient subi un traumatisme dentaire (Glendor, 2008). Il s'agit d'une urgence buccodentaire dont les conséquences peuvent être, entre autres, fonctionnelles, douloureuses et esthétiques : elle doit donc être prise en charge rapidement. Il s'agira tout de même de ne pas confondre vitesse et précipitation afin de préparer à *minima* la consultation nécessaire auprès d'un chirurgien-dentiste.

Nous décrivons pour cette partie la chronologie d'un traumatisme depuis sa survenue jusque sa prise en charge pour enfin exposer différents moyens de prévention envisageable selon le contexte.

- Survenue du traumatisme

Les traumatismes buccodentaires peuvent survenir lors d'une **chute**, d'une **rixé** ou lors d'une **pratique sportive** (Naulin-Ifi, 2016). Pour les enfants, cela peut arriver à l'école, durant des activités extra-scolaires ou encore au sein du domicile.

Cet évènement surprenant pour l'enfant peut être difficile à gérer émotionnellement selon son âge. Il sera donc utile de le rassurer tout en essayant d'évaluer son état physique.

Avant d'envisager une quelconque prise en charge dentaire, il est nécessaire de se poser les questions suivantes : à la suite du traumatisme,

- l'enfant a-t-il perdu connaissance ?
- a-t-il vomi ?
- est-ce qu'il souffre de céphalée ou de perte de l'équilibre ?
- a-t-il des difficultés à respirer ?

Une réponse positive à une ou plusieurs de ces questions nécessite une prise en charge rapide auprès des urgences médicales (Muller-Bolla, 2018). Les traumatismes buccodentaires pourront être traités dans un second temps, à partir du moment où l'état de santé global est stabilisé.

Si l'enfant ne présente aucun de ces symptômes, une consultation auprès d'un chirurgien-dentiste devra être programmée le plus rapidement possible. Les

antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que les **traitements médicaux** de l'enfant doivent être connus par son accompagnateur et idéalement le carnet de santé, ou sa copie, doit être présenté au chirurgien-dentiste afin de **vérifier la vaccination antitétanique**.

- Les différents types de traumatismes

Selon la classification d'Andreasen (Andreasen et coll., 2019), les traumatismes buccodentaires peuvent concerner individuellement ou de manière associée :

- les **tissus mous** de la cavité buccale (joue, langue, lèvres),
- les **tissus durs** de la dent,
- les **tissus de soutien parodontaux**,
- les **tissus de soutien osseux**.

Les dents temporaires et/ou permanentes peuvent être touchées selon l'âge de l'enfant.

Quelques notions d'anatomie

La dent est un organe vivant qui se compose de différents tissus qui sont, de l'extérieur vers l'intérieur, l'**émail**, la **dentine** et la **pulpe**. Lorsque la dent fait son apparition sur l'arcade, la racine n'est pas totalement formée : la dent est dite immature. Sa maturation complète ne se fera que 3 à 4 ans après son éruption. La dent est soutenue par des tissus de soutien qui constituent ensemble le **parodonte** (gencive, os alvéolaire, ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte et cément).

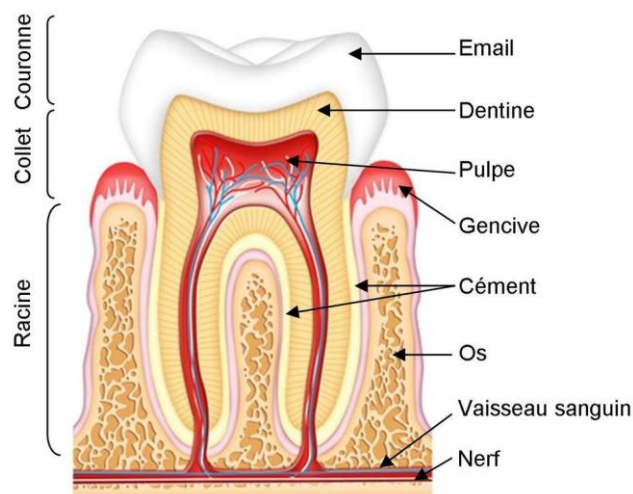


Figure 41 : schéma des tissus dentaires et des tissus de soutien
(source : site web www.futura-sciences.com, 2017)

Deux dentitions se succèdent au cours de la croissance : temporaire et permanente (Tableau 7).

*Tableau 7 : phase de denture en fonction de l'âge
(source : Davit-Béal et coll., 2008)*

Âge (ans)	Phase de denture	Caractéristiques
0-3	Établissement de la denture temporaire	Mise en place des dents temporaires (huit incisives, quatre canines et huit molaires)
3-6	Denture temporaire stable	20 dents temporaires
6-8	Établissement de la denture mixte	Évolution des quatre premières molaires (dents de six ans), quatre incisives centrales (sept ans) et quatre incisives latérales (huit ans) permanentes
8-9	Denture mixte stable	12 dents permanentes et 12 dents temporaires
9-11	Établissement de la denture adolescente	Évolution des quatre canines et huit prémolaires permanentes
11-12	Denture adolescente stable	24 dents permanentes
12-13	Établissement de la denture adulte jeune	Évolution des deuxièmes molaires permanentes (dents de 12 ans)
13 à 16-18	Denture adulte jeune	28 dents permanentes
16-25	Établissement de la denture adulte complète	Évolution des troisièmes molaires permanentes (dents de sagesse)
Après 25	Denture adulte complète	32 dents permanentes

Selon le type de traumatisme, certains gestes immédiats pourront être réalisés afin d'optimiser la prise en charge et de garder toutes les chances de conservation de la ou des dents traumatisée(s).

Nous décrivons succinctement les différents types de traumatismes accompagnés des gestes qui peuvent être réalisés immédiatement par les personnes s'occupant de l'enfant.

- Lésions des tissus mous : langue, lèvre, joues





Ces traumatismes peuvent être très impressionnants du fait du saignement ou de l'œdème qu'ils peuvent causer. Les lèvres peuvent être tuméfiées jusqu'à 3-4 jours après le traumatisme.



Les plaies peuvent être nettoyées délicatement à l'aide d'une compresse et de sérum physiologique afin d'éliminer les éventuels débris présents à la suite d'une chute à l'extérieur et de limiter la contamination bactérienne (Naulin-Ifi, 2016). Des soins locaux pourront être prescrits par le chirurgien-dentiste pour réaliser le nettoyage et la désinfection des tissus (Naulin-Ifi, 2016).

- Lésions des tissus durs de la dent

Le tableau ci-dessous récapitule les différents types de traumatismes intéressants les dents avec leurs caractéristiques (Tableau 8).

Tableau 8 : traumatismes des tissus durs de la dent selon la classification d'Andreasen
 (source : d'après le document « Dental Trauma Guidelines » (International Association of Dental Traumatology, 2012) et photographies issues de l'article « Traumatismes des dents antérieures primaires et permanentes » (Charland et coll., 2005))

<p>Fêlure amélaire</p>	<p>Fracture incomplète de l'émail Absence de perte de tissus</p>	
<p>Fracture amélaire</p>	<p>Fracture complète de l'émail Perte de tissus amélaire</p>	
<p>Fracture amélo-dentinaire</p>	<p>Perte de tissus amélaire et dentinaire Avec ou sans exposition de la pulpe de la dent</p>	<p>- Sans exposition pulpaire</p>  <p>- Avec exposition pulpaire</p> 

<p>Fracture coronoradiculaire</p>	<p>Perte de tissus amélaire, dentinaire et cémentaire Avec ou sans exposition de la pulpe dans la cavité buccale</p>	
<p>Fracture radiculaire</p>	<p>Fracture intéressant uniquement la racine de la dent et touchant les tissus dentinaires et cémentaires Peuvent être non visibles cliniquement mais sont confirmées par un examen radiologique</p>	

Selon la proximité du trait de fracture avec la pulpe, la dent peut être sensible au froid voire présenter une douleur exacerbée si la pulpe se trouve exposée au niveau de la cavité buccale (Muller-Bolla, 2018).





Les **fragments dentaires** doivent être idéalement retrouvés afin que le chirurgien-dentiste puisse évaluer la possibilité d'un repositionnement par collage. S'ils sont retrouvés, les **milieux de conservation** les plus faciles d'accès sont le **lait**, le **sérum physiologique** ou la **salive de l'enfant** (Naulin-lfi, 2016).



- Lésions des tissus de soutien parodontaux et osseux

Le tableau ci-dessous récapitule les différents types de traumatismes intéressant les tissus de soutien des dents (Tableau 9).

Tableau 9 : traumatismes des tissus de soutien parodontaux et osseux selon la classification d'Andreasen (d'après le document « Dental Trauma Guidelines » (International Association of Dental Traumatology, 2012))

<p>Contusion</p>	<p>Traumatisme mineur n'entraînant ni mobilité ni déplacement de la dent</p>	
-------------------------	--	--

<p>Subluxation</p>	<p>Traumatisme léger entraînant une faible mobilité sans déplacement avec parfois un saignement léger</p>	
<p>Extrusion</p>	<p>Déplacement partiel de la dent en dehors de son alvéole dans le sens axial (vertical) : elle apparaît plus longue que les autres</p>	
<p>Intrusion</p>	<p>Déplacement de la dent à l'intérieur de son alvéole dans le sens axial : elle apparaît plus courte que les autres</p>	
<p>Luxation latérale</p>	<p>Déplacement de la dent à l'intérieur de son alvéole dans un autre sens qu'axial (en direction labiale, palatine ou linguale)</p>	

<p>Expulsion</p>	<p>Déplacement complet de la dent en dehors de son alvéole</p>	
<p>Fracture alvéolaire</p>	<p>Fracture intéressant l'os alvéolaire voire l'os basal (maxillaire ou mandibule)</p>	

Ces traumatismes peuvent entraîner des douleurs pendant les repas les jours suivant l'évènement : le chirurgien-dentiste évaluera la nécessité d'une prescription antalgique lors de la consultation.

Les **dents temporaires ne peuvent être réimplantées** après leur expulsion du fait du risque de lésion du germe de la dent permanente sous-jacente lors du geste (Naulin-lfi, 2016).

L'expulsion de la **dent permanente** nécessite quant à elle une prise en charge très rapide. Lorsque la dent se retrouve en dehors de son alvéole, il y a une rupture complète du paquet vasculo-nerveux, une dévascularisation de la pulpe. Les chances de revascularisation de la dent sont diminuées après 5 min, même si elle a été conservée dans un milieu humide (Andreasen et coll., 1995b). Les dents matures subissent une nécrose systématique : leur revascularisation n'est pas possible (Naulin-lfi, 2016). Le ligament, qui adhère à la dent, est également altéré lors du traumatisme : sa conservation aussi intacte que possible garantie la réimplantation de la dent. La dent expulsée doit donc être manipulée par la couronne.

Idéalement, la **dent permanente doit être réimplantée immédiatement après son expulsion** si la santé générale de l'enfant le permet (absence de risque d'endocardite infectieuse ou d'immunodépression) (Naulin-Ifi, 2016). Le protocole décrit dans le livre « Traumatologie clinique – de la théorie à la pratique » de C. Naulin-Ifi est le suivant :

- rechercher la dent et vérifier s'il s'agit d'une dent permanente (si l'enfant a plus de 7 ans, il s'agit en général d'une dent permanente),
- tenir la dent par la couronne,
- la rincer sous l'eau froide 10 secondes si elle est souillée (sans gratter la surface de la racine),
- la remettre en place dans l'alvéole sous pression douce,
- demander à l'enfant de mordre délicatement sur une compresse jusqu'à la consultation d'urgence (Naulin-Ifi, 2016).

Si cette réimplantation ne peut être faite dans l'immédiat, il faudra conserver la dent dans du lait, du sérum physiologique ou de la salive en attendant la consultation.

- Suivi du traumatisme

Lors de la consultation d'urgence, le chirurgien-dentiste instaurera un suivi du traumatisme afin de contrôler l'état des dents dans le temps. Si le carnet de santé est présent, les accompagnateurs de l'enfant doivent demander d'y inscrire le traumatisme afin d'en garder une trace.

Les complications liées aux traumatismes peuvent être d'ordre **pulpaire** (nécrose pulpaire, oblitération de la pulpe par la dentine ou l'os, résorption interne) ou **parodontal** (résorptions externes, ankylose) (Andreasen et coll., 1995a, 1995c; Gerds et coll., 2012; Naulin-Ifi, 2016).

- La prise en charge des frais à la suite d'un traumatisme

Selon les circonstances, l'importance du choc et le délai de prise en charge, les conséquences peuvent être variées. La pérennité des dents qui ont subies un traumatisme ne peut être assurée à 100%. À la suite de la consultation d'urgence, le praticien rédigera un **certificat médical initial** attestant les conditions de survenue du traumatisme telles qu'elles ont été décrites par le patient et/ou le ou les témoin(s), la description précise de l'examen clinique et radiographique du patient ainsi que les conséquences buccodentaires immédiates (luxation, fracture, etc...). Seront également notifiées dans ce certificat, les soins réalisés en urgence et le suivi

nécessaire au traumatisme. Enfin, il mentionnera une réserve sur le devenir de la (ou des) dent(s) traumatisée(s), des dents adjacentes et antagonistes. Ce document devra être conservé dans le carnet de santé de l'enfant et un double devra être remis à l'assurance afin d'assurer la prise en charge des frais imputables au traumatisme comme la reconstitution de la dent par une couronne ou la mise en place d'un implant si la dent n'a pas pu être sauvée. Le dossier d'assurance ne doit jamais être clôturé car les conséquences d'un traumatisme dentaire peuvent survenir plusieurs années après ledit traumatisme.

- La prévention des traumatismes buccodentaires

Les gestes préventifs, en particulier au sein d'établissement de la protection de l'enfance, permettent de limiter la fréquence des traumatismes. Ces gestes doivent être transmis auprès des professionnels s'occupant d'enfants et rappelés régulièrement.

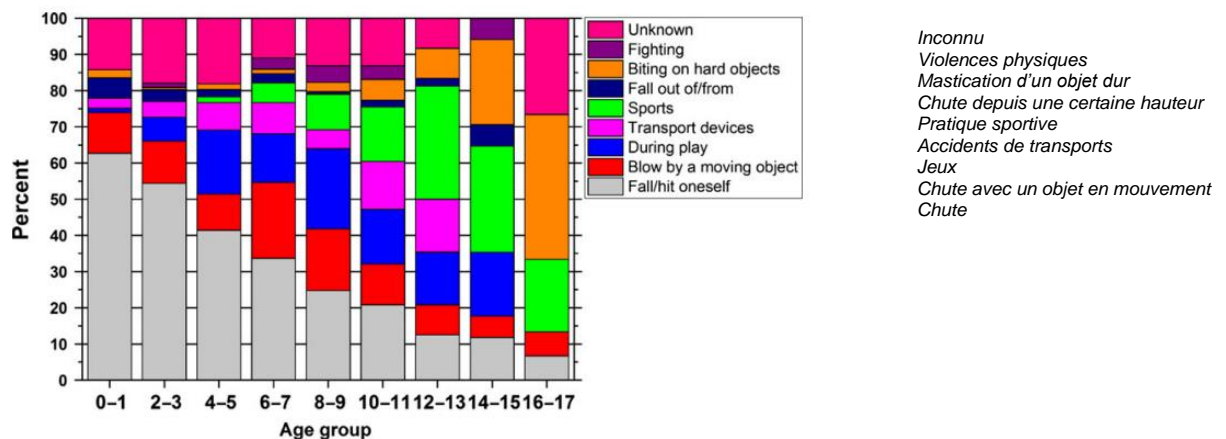


Figure 42 : répartition des facteurs étiologiques des traumatismes en fonction de l'âge d'après une étude auprès de 2363 enfants (source : Oldin et coll., 2015)

Représentés par le graphique ci-dessus (Figure 42), les principaux facteurs étiologiques en fonction de l'âge sont (Oldin et coll., 2015) :

- les **chutes** lors de l'apprentissage de la marche pour les 0-3 ans (chute contre le sol ou des meubles) ou avec un **objet en mouvement** pour les 6-7 ans,
- les **accidents de transports** (bicyclettes, trottinettes) et de **jeux** pour les 8-13 ans,
- la **pratique sportive** à partir de 8 ans, cette cause étant majoritairement évoquée jusque 15 ans.

Pour les plus petits, il conviendra de sécuriser leur environnement pour qu'il puisse s'y mouvoir sans risque ajouté (la chute fait partie de l'apprentissage autonome de la marche, l'enfant apprendra de lui-même à mettre ses mains pour protéger sa tête en tombant). Nous conseillons quelques pistes pour prévenir les chutes et les traumatismes associés (Droz, 2016) :

- attacher l'enfant lorsqu'il est assis sur une chaise haute et le surveiller,
- installer des barrières aux extrémités des escaliers,
- éviter de laisser des objets en hauteur mais accessibles aux mains des enfants,
- l'utilisation de trotteurs, interdits au Canada depuis 2004, doit toujours se faire sous la surveillance d'un adulte et doit être cessée dès que l'enfant acquiert une certaine aisance et donc de la vitesse,
- ne pas laisser les enfants marcher voire courir avec une tétine, leur pouce ou tout autre objet dans la bouche.

Pour les plus grands qui sont plutôt sujets aux traumatismes lors d'une pratique sportive ou avec un moyen de transport type bicyclette ou trottinette :

- selon l'article R431-1-3 du code de la route, le port du casque est obligatoire pour les enfants de moins de 12 ans qui roulent à vélo (en tant que conducteur ou passager) et il est recommandé pour tous quel que soit l'âge,
- le casque est vivement conseillé lorsque l'enfant utilise une trottinette ou des rollers,
- une protection intra-buccale (protège-dents) est recommandée pour la pratique des sports de combats ou les sports en équipe, à fortiori lors des compétitions (Naulin-lfi, 2016).

Une synthèse de la conduite à tenir en cas de traumatismes des permanentes est disponible sous la forme d'une fiche ci-après (Figure 43).

Santé buccodentaire et...

TRAUMATISMES DES DENTS PERMANENTES



Figure 43 : fiche récapitulative de la conduite à tenir en cas de traumatismes des dents permanentes (source : document personnel)

2.5. Les traitements orthodontiques

2.5.1. Les nécessités et intérêts du traitement orthodontique

Selon la société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF), l'orthodontie se définit comme « *la partie de la médecine qui étudie la forme, la position, et le fonctionnement des éléments constitutifs de la face, et qui les modifie pour assurer leur santé, embellir leur apparence et améliorer leurs fonctions* ».

Ainsi, au-delà de la pure demande esthétique, l'orthodontie permet de rétablir une harmonie entre les arcades dentaires et au sein d'une même arcade afin d'assurer toutes les fonctions de la cavité buccale, sans gêne ni douleur.

Les traitements orthodontiques visent donc à résoudre des anomalies dentaires, fonctionnelles voire squelettiques qui peuvent apparaître à divers moments de la croissance de l'enfant (Davit-Béal et coll., 2008). Selon la SFODF, un dépistage précoce entre 7 et 9 ans est nécessaire afin de contrôler la présence et l'évolution des malocclusions et d'évaluer la nécessité de commencer un traitement. Nous décrivons succinctement les différentes anomalies pouvant être traitées par un traitement orthodontique afin de montrer l'étendue des indications de l'orthodontie ainsi que les bénéfices attendus d'un tel traitement.

- Anomalies intra-arcades

Ces anomalies regroupent les **malpositions** et **encombrements dentaires**, la **dysharmonie dento-maxillaire**, les **agénésies dentaires** (absence d'une ou plusieurs dents) et les **anomalies d'éruption** (dent incluse).

Même si les études menées jusqu'alors sont contradictoires et nécessitent d'être poursuivies, il semblerait que les malpositions dentaires entraîneraient une accumulation de plaque qui favorise la formation de carie (SFODF, 2017). Le but du traitement orthodontique sera dans ce cas de réaligner les dents afin de faciliter le contrôle de plaque.

Dans le cas d'une anomalie d'éruption, la dent est absente de l'arcade mais incluse dans l'os basal (maxillaire ou mandibule) : sa présence et sa position sont vérifiées par la réalisation d'une radiographie 3D. Cela concerne notamment les canines

permanentes maxillaires, qui sont après les troisièmes molaires permanentes les dents les plus incluses avec une fréquence de 0,8 à 2,8% (McSherry, 1998).

La SFODF définit la dysharmonie dento-maxillaire (DDM) comme une « *anomalie caractérisant l'insuffisance ou l'excès de place pour l'alignement des dents à un moment donné* ». Les deux formes cliniques de la DDM sont (Boileau, 2012) (Figure 44) :

- la microdentie relative (excès de place),
- et la macrodentie relative (insuffisance de place).

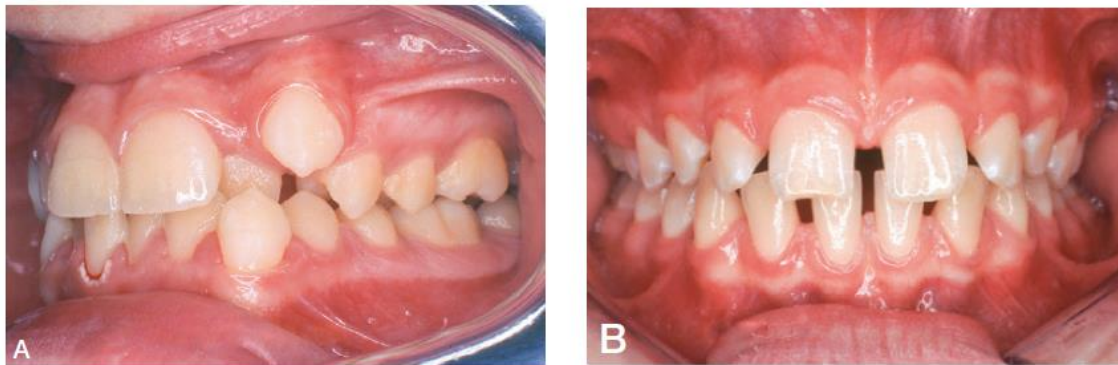


Figure 44 : dysharmonie dento-maxillaire par macrodentie (A) et microdentie relative (B)
(source : Boileau, 2012)

Ce sont des anomalies fréquentes puisqu'elles représentent 8% des cas orthodontiques pour la microdentie relative et 60 à 80% des cas orthodontiques pour la macrodentie relative (Tweed, 1966).

- Anomalies inter-arcades

Les anomalies inter-arcades regroupent les **anomalies transversales, verticales** et **sagittales**, déjà évoquées dans le paragraphe « La succion non nutritive » (page 92). Selon si elles concernent les bases osseuses (maxillaire ou mandibule) ou les zones alvéolaires, nous parlerons respectivement d'anomalies squelettiques (ou basales) ou d'anomalies alvéolaires.

Dans le sens transversal, ces anomalies se caractérisent par le maxillaire qui ne circonscrit plus la mandibule par excès ou par défaut de développement des **bases osseuses** (exo-gnathie ou endo-gnathie) ou des **zones alvéolaires** (exo-alvéolie et endo-alvéolie). Nous retrouvons alors l'occlusion inversée postérieure ainsi que l'endo-

alvéolie (Figure 45) ou l'endo-gnathie maxillaire et l'exo-alvéolie ou l'exo-gnathie maxillaire.



Figure 45 : endo-alvéolie maxillaire
(source : Boileau, 2012)

Dans le sens vertical, nous retrouvons :

- la **béance antérieure** (infracclusion) ainsi que la **supraclusion** (recouvrement trop important des incisives mandibulaires par les incisives maxillaires) pour les anomalies alvéolaires (Figure 46),
- l'**hyperdivergence** ou l'**hypodivergence** pour les anomalies squelettiques.



Figure 46 : infracclusion (A) et supraclusion (B)
(source : Boileau, 2012)

Les anomalies sagittales sont observées en occlusion au niveau des molaires et des canines. Elles sont « caractérisées par un décalage antéropostérieur des bases ou des arcades maxillaires et mandibulaires entre elles » (Boileau, 2012) par rapport à la position de référence (classe I d'Angle) :

- soit par avancée des molaires et canines maxillaires (classe II d'Angle avec une inclinaison incisive vers l'avant pour la division 1 et vers l'intérieur pour la division 2) (Figure 47),
- soit par recul des molaires et canines maxillaires (classe III d'Angle) (Figure 48).



Figure 47 : classe II d'Angle division 1 (à gauche) et division 2 (à droite)
(source : Boileau, 2012)



Figure 48 : classe III d'Angle
(source : Boileau, 2012)

- Anomalies cranio-faciales

Elles regroupent les anomalies squelettiques vues ci-dessus. Le décalage entre le maxillaire et la mandibule est si important qu'il ne peut être corrigé qu'en associant le traitement orthodontique à une phase chirurgicale : il s'agit de la **chirurgie orthognathique** qui est réalisée lorsque la croissance de l'enfant est terminée (American Association of Oral et Maxillofacial Surgeons, 2015).

Les traitements orthodontiques peuvent être entrepris à différentes périodes de croissance de l'enfant (denture temporaire, mixte et/ou permanente) et doivent être associés à la correction des dysfonctions et para-fonctions. En effet, comme vu précédemment, la sollicitation des muscles péri-buccaux joue un rôle dans la croissance du maxillaire et de la mandibule. Les mauvaises habitudes comme la succion non nutritive ou la persistance d'une déglutition infantile contribuent aux

anomalies intra et inter-arcades. Ne pas prendre en compte ces dysfonctions expose aux risques de récurrences, elles devront donc être prises en charge avant ou pendant le traitement. La prise en charge de ces traitements doit être pluridisciplinaire, associant l'orthodontiste au chirurgien-dentiste ainsi qu'à l'orthophoniste.

Nous attirons également l'attention du lecteur sur une autre fonction jouant un rôle sur le développement crânio-facial à savoir la **ventilation**. En effet, lorsque la ventilation se fait par la bouche (ventilation buccale) et non plus par le nez (ventilation nasale), cela entraîne une position basse de la langue qui ne stimule pas la croissance du maxillaire (Boileau, 2011). Les signes associés à cette ventilation buccale sont, entre autres, la présence de narines pincées, de cernes, ou encore un visage allongé et pâle. Il s'agit également d'un « *facteur de risque de développement d'un syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS)* » (Muller-Bolla, 2018) : ces troubles respiratoires du sommeil peuvent entraîner des somnolences diurnes, des troubles de l'attention voire des comportements hyperactifs (Séailles et Vecchierini, 2015). Les professionnels en lien avec l'enfant ont donc un rôle à jouer dans le dépistage de ces signes pour orienter l'enfant vers le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste au plus tôt.

Selon la SFODF, les bénéfices attendus du traitement orthodontique sont multiples. Ainsi, la correction des malocclusions (SFODF, 2017) :

- réduit le risque de **traumatisme** des dents antérieures en raison d'un éventuel surplomb incisif,
- augmente les **performances masticatoires** notamment en présence d'une occlusion inversée postérieure,
- améliore le **contrôle de plaque** et permettrait ainsi de réduire la fréquence des maladies parodontales et carieuses,
- concourt à l'amélioration de la perception de la **qualité de vie** des enfants, des adolescents et des adultes.

Il existe néanmoins certains effets potentiels associés aux traitements orthodontiques (SFODF, 2017). La présence d'un dispositif orthodontique, peut favoriser l'accumulation de la plaque et donc la formation de **plaque de déminéralisation ou**

« **white spot lésions** » (Figure 49) se caractérisant par une tache d'un blanc crayeux qui ne seront parfois observées que lors de la dépose du dispositif (Richter et coll., 2011). Cette accumulation de plaque entraîne également une **inflammation parodontale** pouvant être à l'origine de **saignements gingivaux**. L'hygiène buccodentaire doit donc être d'autant plus rigoureuse comme nous l'avons vu précédemment.



Figure 49 : carie débutante ou "white spot lesion" au niveau des incisives maxillaires et inflammation gingivale au niveau des incisives mandibulaires (source : Richter et coll., 2011)

Les traitements orthodontiques peuvent aussi entraîner des **douleurs** notamment en début de traitement ainsi que de **l'inconfort pour parler**. Enfin, ils sont également associés à la survenue de **résorption radiculaire** (diminution de la longueur de la racine de la dent) (Figure 50) : l'importance du suivi régulier associé à un examen radiologique permet de déceler cet effet indésirable et de limiter ses conséquences (mobilité dentaire, perte de vitalité pulpaire) (Houb-Dine et coll., 2011).

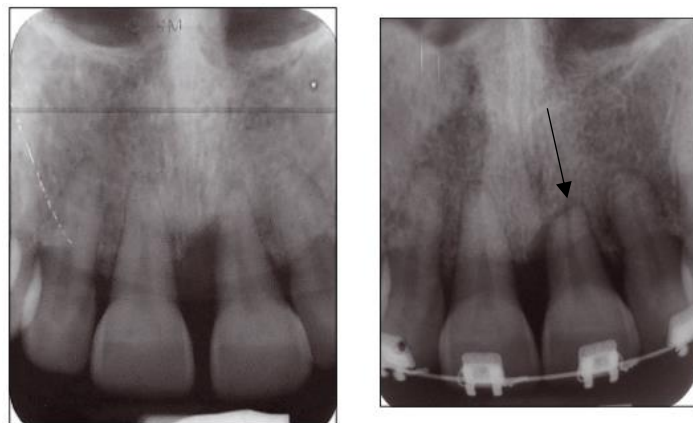


Figure 50 : radiographies rétroalvéolaires avant traitement (à gauche) et après 9 mois de traitement orthodontique (à droite) montrant une résorption radiculaire sur la dent 21 (source : Houb-Dine et coll., 2011)

2.5.2. La mise en place et le suivi d'un traitement orthodontique auprès d'un enfant placé

Les traitements orthodontiques nécessitent un suivi régulier sur plusieurs années avec parfois une alternance de phases actives et de périodes dites de surveillance selon la croissance de l'enfant. Si l'on considère le parcours des enfants à l'ASE avec des changements de lieux de vie parfois fréquents, nous pouvons penser que ces traitements ne sont donc pas toujours compatibles avec les mesures de protection de l'enfance. Néanmoins, étant donné les bénéfices attendus d'un tel traitement pour l'enfant, ils ne doivent pas être retardés voire mis de côté uniquement pour cette raison. Une certaine organisation est donc nécessaire tant sur l'initiation du traitement que sur son suivi.

Les traitements orthodontiques font l'objet de dépassements d'honoraire par rapport au tarif pris en charge par la sécurité sociale et nécessitent donc l'établissement d'un devis remis au patient ainsi que d'une demande d'accord préalable qui doit être transmise à la caisse primaire d'assurance maladie. Seuls les traitements commencés avant le 16^e anniversaire sur un maximum de 6 périodes de 6 mois (3 années) sont pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 70% du tarif (le reste étant remboursé en tout ou partie par l'assurance complémentaire). Le semestre de traitement orthodontique préalable à la chirurgie orthodontique et commencé après le 16^e anniversaire est également pris en charge dans ces conditions (SFODF, 2018).

Nous avons vu que les enfants protégés bénéficiaient pour la plupart d'entre eux de la protection universelle maladie ainsi que de la CSS. Les traitements orthodontiques font partie du « panier de soins CSS » : les praticiens sont alors « *tenus de respecter ces tarifs et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance des frais* » (site de l'assurance maladie en ligne - AMELI).

Avant de commencer un traitement orthodontique, l'autorisation parentale doit être recherchée. En effet, ces traitements peuvent être apparentés à des actes non usuels de l'autorité parentale car ils sont particulièrement longs. De plus, cela permet d'impliquer les parents dans le traitement car ils pourront être susceptibles de le poursuivre si l'enfant revient à la maison.

Il s'agira ensuite de choisir le moment le plus propice pour commencer le traitement : il est par exemple possible de profiter de l'arrivée de l'enfant dans un établissement où il est susceptible de rester suffisamment longtemps (maisons d'enfants).

Les traitements orthodontiques sont des traitements longs qui peuvent s'étaler sur plusieurs années. Nous conseillons alors :

- de choisir un orthodontiste à proximité de l'établissement pour limiter les déplacements,
- de demander à inscrire le diagnostic et les traitements mis en place dans le carnet de santé s'il est présent afin d'en garder une trace (pour l'enfant, pour ses parents, pour les éventuels futurs établissements),
- la mise en place d'une organisation au sein de l'établissement avec par exemple des visites groupées pour optimiser le déplacement.

Nous notons donc la place importante des professionnels en lien avec l'enfant durant son parcours à l'ASE tant sur l'initiation d'un tel traitement que sur le suivi du traitement en lui-même avec la motivation à l'hygiène buccodentaire au quotidien.

2.5.3. Synthèse

Nous vous proposons une fiche récapitulative des traitements orthodontiques à la page suivante (Figure 51).

Santé buccodentaire et...

ORTHODONTIE

• POURQUOI ?

- Rétablir une harmonie au sein des arcades
- Améliorer les fonctions, l'esthétique
- Faciliter le brossage
- Limiter le risque de traumatismes dentaires



Boileau, 2012

Certains traitements débûtent tût (parfois vers 4-5 ans), il est donc important de voir l'orthodontiste même si finalement le traitement ne commence que plus tard

• COMMENT ?

- Consultation auprès du dentiste pour faire un bilan et soigner les éventuelles caries
- Courrier rédigé par le dentiste pour l'orthodontiste afin d'avoir un suivi de l'enfant
- L'orthodontiste posera le diagnostic et l'indication (ou non) du traitement ainsi que sa date de début



• PARTICULARITÉS

- Rendez-vous réguliers (*environ tous les mois une fois que le traitement est débuté*)
- **Motivation à l'hygiène buccodentaire !!!**
Avec utilisation des brossettes pour éviter :

Les traitements orthodontiques sont des traitements longs et nécessitent donc une autorisation parentale



Les tâches de déminéralisations (= début de carie)



La gingivite et le saignement des gencives qui l'accompagne

Richter et coll., 2011

Projet réalisé par M. MARCHAL sous la direction du Dr S. JAGER
Département d'odontologie pédiatrique de la faculté de Nancy

Figure 51 : fiche récapitulative sur le thème de l'orthodontie
(source : document personnel)

2.6.L'accès à la prévention : la mise en place d'interventions auprès d'établissements du Grand Nancy

Sur les 1828 enfants et jeunes majeurs confiés à l'ASE dans le département de Meurthe-et-Moselle en 2017, 901 sont accueillis dans les établissements du département soit quasiment 50% (30% vivent en famille d'accueil, 13% bénéficient d'un autre type d'accueil et 8% sont des adolescents et jeunes majeurs autonomes qui peuvent vivre dans des studios habilités par l'ASE) (DRESS, 2019). Ce chiffre augmente tous les ans depuis l'année 2007 où la DRESS a comptabilisé 337 enfants placés en établissements sur le département.

Par l'intermédiaire d'animations et ateliers au sein des établissements, nous pouvons donc transmettre des moyens de prévention des altérations buccodentaires à ces enfants mais aussi aux professionnels qui les encadrent, indirectement s'ils y assistent voire directement par le biais de formations.

Dans le cadre de ce travail, nous sommes ainsi intervenus dans deux établissements de la protection de l'enfance dans la communauté urbaine du Grand Nancy, une unité d'accueil et une maison d'enfants à caractère sociale.

- Intervention du mercredi 24 octobre 2018 auprès des enfants de l'unité d'accueil située rue des Jardiniers à Nancy

Cette unité accueille des enfants âgés de 3 à 9 ans. Ce jour, 9 enfants étaient présents ainsi que 3 éducatrices.

Nous avons pu aborder la consultation dentaire, le brossage des dents et l'alimentation par l'intermédiaire d'ateliers animés par trois intervenantes, les docteurs Stéphanie JAGER et Claire DARSAT et moi-même.

- Un atelier « **visite chez le dentiste et brossage des dents** » afin :
 - de faire essayer des gants, un masque et une blouse aux enfants pour les familiariser avec la tenue du dentiste,
 - de réaliser une démonstration du brossage par l'intermédiaire d'une peluche.

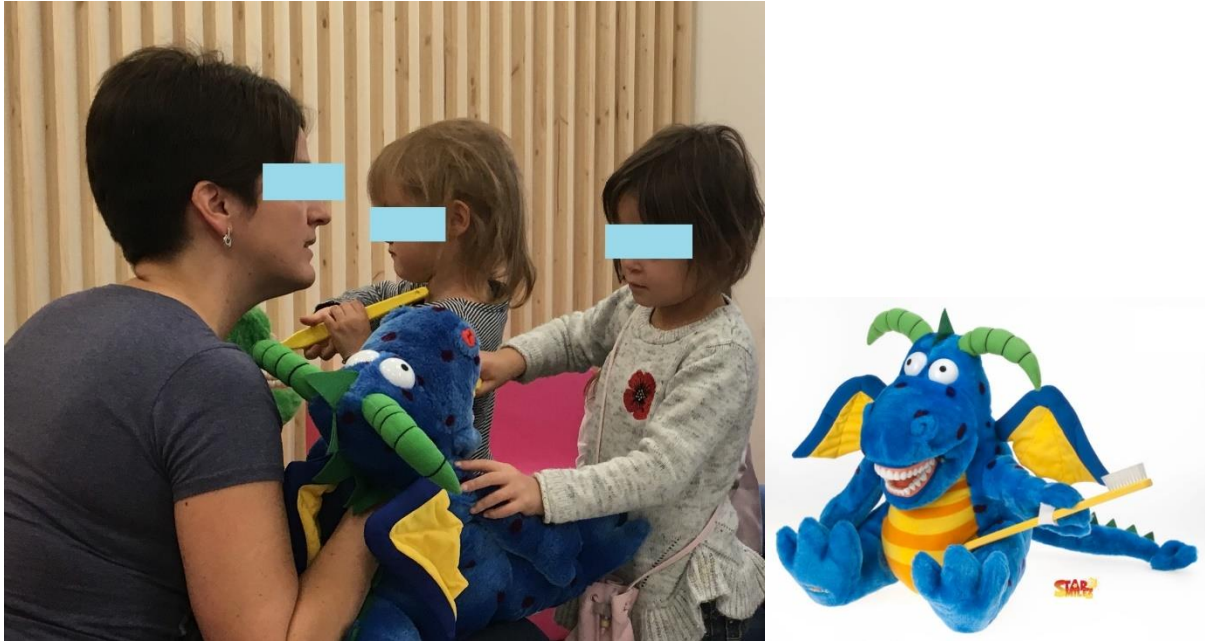


Figure 52 : photographie d'une petite fille brossant les dents d'une peluche de démonstration à gauche (source : document personnel) et illustration de la peluche à droite (source : disponible sur le site internet <https://www.papilli.fr/>)

- Un atelier « **jeu de questions/réponses** » sur le thème de la santé buccodentaire avec un plateau de jeu réalisé par une étudiante dans le cadre de l'optionnel « éducation à l'hygiène orale » de notre faculté.



Figure 53 : photographie d'une partie du jeu de questions/réponses sur le thème des dents et de la santé buccodentaire (source : document personnel)

- Un atelier de **réflexion autour de la consommation du sucre** avec pour support différentes photographies d'aliments (eau, soda, ketchup, jus d'orange, gâteaux chocolatés, etc...) associés à une règlette afin que les enfants puissent situer l'apport en sucre de l'aliment (Figure 54).

Cela permet aux enfants de se rendre compte de la quantité de sucre présent dans les aliments et que certains sucres sont dits cachés (dans le lait et le pain par exemple). Nous informons également pendant cette démonstration que c'est la fréquence de prise des aliments sucrés étalée sur toute une journée qui joue un rôle dans la formation des lésions carieuses, et ceci dans le but de ne pas diaboliser le sucre.

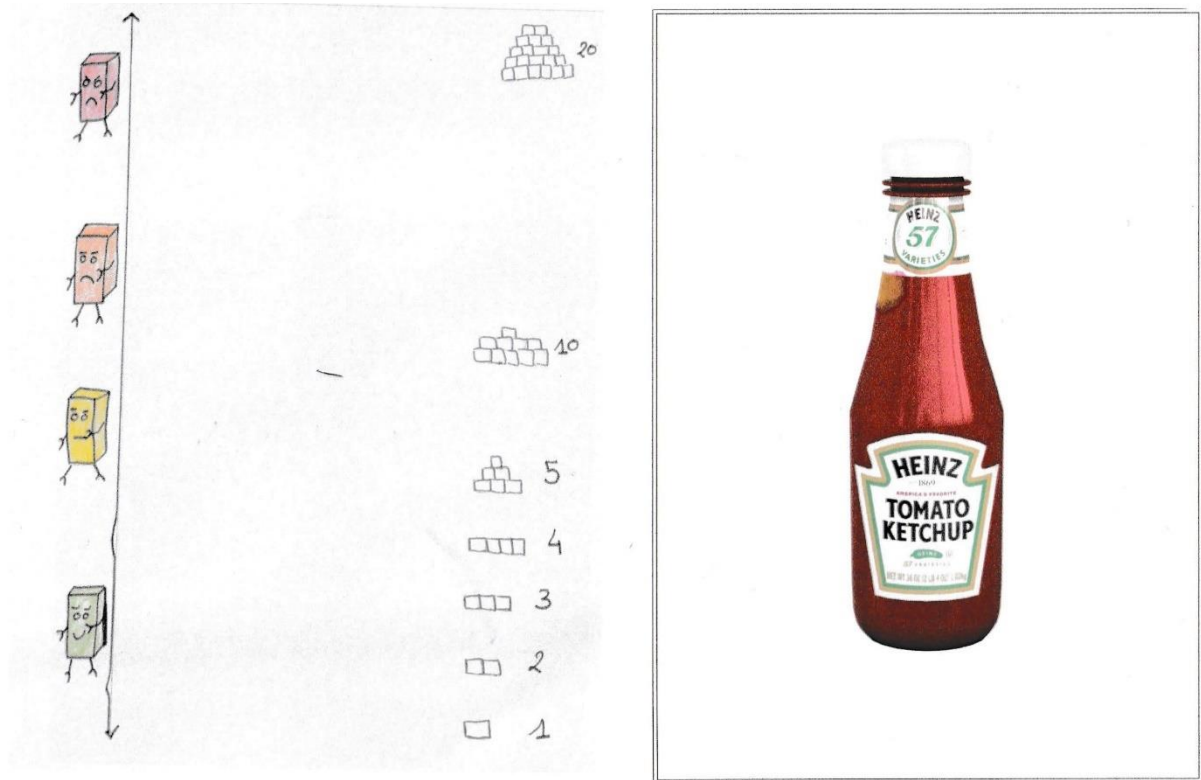


Figure 54 : image d'un tube de ketchup associée à une réglette permettant aux enfants de le placer sur l'échelle du sucre
(source : atelier créé par Mlle GEGOT Solène, étudiante en 5^e année d'odontologie à la faculté de Nancy)

Cette intervention d'une durée d'une heure nous a permis de partager de manière ludique aux enfants des conseils sur l'hygiène dentaire et alimentaire et nos connaissances au sujet des dents.

- Interventions du 20 et 21 mars 2019 auprès des enfants et des professionnels de la MECS Village SOS située à Jarville

La maison d'enfants à caractère sociale « Village d'enfants SOS » accueille 51 enfants de 3 à 17 ans ainsi que des jeunes majeurs de moins de 21 ans et cela dans le cadre d'un placement de longue durée. Elle se situe dans la commune de Jarville, en périphérie de la ville de Nancy, et comprend plusieurs « maisons familiales » : les

enfants sont répartis dans les différentes maisons, en ne dépassant pas six enfants par maison. Ce regroupement permet d'accueillir plus facilement les fratries afin de ne pas séparer les enfants. Un éducateur (ou éducatrice) familial(e) est affecté(e) à une maison pour accompagner les enfants dans leur vie quotidienne 24h/24 et 7j/7 sur 3 semaines d'affilées. Une aide familiale reprend alors le relai pour la dernière semaine du mois.

Pour cette intervention dans cet établissement, nous avons consacré :

- pour la journée du mercredi 20 mars 2019
 - o 1h30 auprès de 15 enfants âgés de 3 à 11 ans (le matin)
 - o 1h30 auprès de 13 enfants âgés de plus de 11 ans (l'après-midi)
- environ 1h30 pour la formation des professionnels encadrant les enfants le jeudi 21 mars 2019.

Nous disposons d'une salle de réunion où nous avons choisi de garder les tables mises les unes à côté des autres sous la forme d'un U afin de pouvoir discuter aisément avec les enfants.



Figure 55 : photographie prise lors de l'intervention du matin auprès des enfants âgés de 3 à 11 ans (source : document personnel)

Le matin du mercredi 20 mars, nous avons donc abordé les différents thèmes de la santé buccodentaire sous la forme d'une discussion avec les enfants afin de les faire participer.

- **Le métier de dentiste**

Que fait-il ? Quelle est sa tenue ? Quels sont ses instruments ? Quand faut-il prendre rendez-vous ?

- **Les dents**

Qu'est-ce qu'une dent ? Une carie ? Comment se forme-t-elle ? Comment peut-on les soigner ?

- **L'alimentation**

En nous inspirant de l'échelle du sucre réalisée lors de l'intervention précédente, nous avons rapporté différents aliments (eau, café, tomate, pâtes, pain de mie, barre de céréales, lait, bonbons, ketchup, pomme, apéritif salé, compote, cacao en poudre, coca, jus de fruit type smoothie) afin de faire deviner aux enfants la quantité de sucre présente dans ces aliments. Chacun leur tour, ils ont ainsi placé ces aliments sur la table qui représentait alors l'échelle du sucre. De même, nous avons mentionné que la fréquence d'ingestion de ces aliments sucrés répétés dans la journée était un facteur essentiel dans la formation des lésions carieuses.



Figure 56 : photographie des différents aliments placés du plus sucré au moins sucré (source : document personnel)

- Hygiène buccodentaire

Quand et à quelle fréquence faut-il réaliser le brossage des dents ? De quelle manière et avec quel matériel ?

Nous avons demandé avant notre venue que les enfants rapportent leur brosse à dents afin de réaliser la démonstration du brossage suivi d'une aide personnalisée ou d'une correction si nécessaire. Nous avons ainsi pu corriger la prise de la brosse dans la main (« *comme un marteau* ») et reprendre le mouvement de certains enfants en leur montrant la nécessité, d'une part, de brosser toutes les dents en allant jusqu'à la dernière dent de l'arcade et, d'autre part, d'ouvrir grand la bouche pour brosser les dents du haut et les dents du bas séparément.

La difficulté principale de cette matinée était de devoir intervenir en même temps auprès d'âges très différents (3 à 11 ans). Les plus petits étant peu nombreux, nous ne pouvions les séparer des plus grands. Nous n'avons donc pas pu utiliser le format « atelier » de la première intervention.

Le « jeu » avec les aliments à placer sur l'échelle du sucre a permis de rendre l'intervention plus dynamique grâce à la participation des enfants.

Enfin, nous avons pu passer un court moment avec chaque enfant pour la réalisation du brossage individuel.

L'après-midi avec les enfants les enfants âgés de plus de 11 ans s'est passée de manière similaire. Nous avons également pu aborder la gingivite, la consommation de tabac et les traumatismes dentaires. Lors du brossage, nous avons rappelé l'importance de l'utilisation des brossettes pour les enfants porteurs de dispositifs orthodontiques et fait une démonstration de l'utilisation du fil dentaire.

Nous retenons de cette après-midi que le format de discussion était adapté pour cette tranche d'âge. Les quelques minutes d'hésitation en début d'intervention ont laissé place à des échanges pertinents entre nous et les enfants, une discussion entraînant une autre, d'où les nombreux sujets abordés.

Il nous semblait au départ délicat de réaliser le brossage en groupe, néanmoins tous les enfants ont joué le jeu, certains en posant même des questions sur leur méthode de brossage.

Enfin, nous disposions d'environ 1h30 pour la formation des éducateurs (et éducatrices) et des aides familiales le jeudi 21 mars 2019 sous la forme d'une présentation réalisée par le docteur Stéphanie JAGER. Ce temps étant assez limité, nous avons pu échanger sur :

- les facteurs de risques de formation des lésions carieuses,
- la croissance des arcades de l'enfant et la nécessité des traitements orthodontiques,
- les traumatismes dentaires.

Certains employés étaient apparemment réticents à assister à cette formation (nous ne savons pas si cela était motivé par la peur d'être jugé ou l'appréhension à cause du terme « formation »). De plus, nous n'avons pu atteindre qu'une partie des éducateurs de l'établissement, l'autre partie étant en repos.

Néanmoins, les personnes présentes nous ont montré leur intérêt et nous ont partagés leur engouement par rapport à l'intervention de la veille. Nous avons appris que lors de la visite des parents aux enfants, l'enfant revient souvent avec beaucoup de sucreries qu'il s'empresse de manger ou qu'il garde précieusement.

Nous retenons de cette intervention et de nos échanges la difficulté de motiver les enfants quotidiennement à l'hygiène buccodentaire. Nous avons apporté l'hypothèse de l'utilisation de révélateur de plaque dans les maisons pour montrer aux enfants la présence de la plaque et la nécessité de la nettoyer.

Conclusion

La prévention en matière de santé buccodentaire auprès des enfants placés regroupe ainsi différents volets dans un but de maintien de la santé générale de l'enfant tout au long de son placement. La place des professionnels de la protection de l'enfance (éducateur, assistants et aides familiaux, etc...) est donc capitale non seulement en tant qu'intermédiaire entre l'enfant et le chirurgien-dentiste mais aussi en tant que référent de l'enfant pour lui apprendre les bons gestes pour sa santé dentaire.

Ce travail a pour but de donner des moyens aux professionnels qui s'occupent quotidiennement d'enfants placés de maîtriser les différents aspects de la prévention pour préserver la santé buccodentaire et donc limiter les risques liés à l'altération de cet état de santé.

Les interventions réalisées dans les établissements du Grand Nancy dans le cadre de notre sujet nous ont permises d'obtenir un état des lieux succinct du niveau de connaissances en matière de santé buccodentaire des enfants et des professionnels qui les encadrent.

Nous espérons ainsi voir dans les années à venir un renforcement des liens établis par le renouvellement de ces interventions et la rencontre avec d'autres établissements du département afin que le maximum d'enfants puisse bénéficier d'actions de prévention.

La formation des professionnels de la protection de l'enfance à la santé buccodentaire nous parait être un élément important qu'il serait intéressant de pouvoir développer par l'intermédiaire de réunions dans les établissements renouvelées au fil des ans.

Bibliographie

Références bibliographiques

1. Adair S, Milano M, Lorenzo I, Russel C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent*. 1995;17(7): 437-44.
2. Agarwal SS, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study. *Prog Orthod*. 2014; 15(1): 59.
3. Andlauer L. Suivi de santé des enfants de moins de 6 ans par les services de protection de l'enfance de Meurthe-et-Moselle : état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté de médecine ; 2015. 88p
4. Andreasen J, Andreasen F, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 5th edition. Oxford: Wiley-Blackwell; 2019. 1043p.
5. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 1: Diagnosis of healing complications. *Endod Dent Traumatol*. 1995; 11(2): 51-8.
6. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 2: Factors related to pulpal healing. *Endod Dent Traumatol*. 1995; 11(2): 59-68.
7. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4: Factors related to periodontal ligament healing. *Endod Dent Traumatol*. 1995; 11(2): 76-89.
8. Antezack A, Monnet-Corti V. Hygiène orale et parodontale chez les patients porteurs de dispositifs orthodontiques. *Orthod Fr*. 2018 ; 89(2) : 181-90.
9. Barbosa C, Vasquez S, Parada MA, Gonzalez JCV, Jackson C, Yanez ND, et coll. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatr*. 2009; 9(1): 66.
10. Bartlett DW, Smith BG. The dental impact of eating disorders. *Dent Update*. 1994; 21(10): 404-7.
11. Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. 2e édition augmentée. Paris : Dunod ; 2004. 280p.
12. Berthet A, Droz D, Maniere M, Naulin-Ifi C, Tardieu C. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris : Quintessence International ; 2006. 125p.
13. Bishara SE, Larsson E. Finger habits : Their Effects and Their Treatments Part 2. *Dent Assist*. 2007; 76(2): 16-24.
14. Bocquet A, Bresson J I, Briend A, Chouraqui J p, Darmaun D, Dupont C, et coll. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge : réalisation pratique. *Arch Pédiatrie*. 2003 ; 10(1) : 76-81.

15. Boileau M. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte : Tome 1 : principes et moyens thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. 263p.
16. Boileau M. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte : Tome 2 : traitement des dysmorphies et malocclusions. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 312p.
17. Bowlby J. L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. *Devenir*. 1992 ; IV(4) : 7-31.
18. Bowlby J. Attachement et perte : volume 1, l'attachement. 5^e éd. Paris : Presses universitaires de France ; 2002. 540p.
19. Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Siméoni M-C. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Youth Serv Rev*. 2011; 33(10): 1886-90.
20. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998; 27(2): 143.
21. Buxeraud J. Érosion dentaire : réduisons les facteurs de risque. *Actual Pharm*. 2015 ; 54(548) : 45-8.
22. Capelier F. Approche historique de la protection de l'enfance. Paris : Dunod ; 2015. Comprendre la protection de l'enfance ; p. 13-28.
23. Cascales T, Olives J-P, Bergeron M, Chatagner A, Raynaud J-P. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2014 ; 172(9) : 700-7.
24. Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing Infantile Anorexia: The Observation of Mother-Infant Interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(9): 959-67.
25. Chevalier B, Jeanjean C. Collaboration kinésithérapeute pédiatrique et orthophoniste dans les troubles de l'oralité alimentaire. *Kinésithérapie Rev*. 2016 ; 16(170) : 34.
26. Ciccone J, Woodruff SJ, Fryer K, Campbell T, Cole M. Associations among evening snacking, screen time, weight status, and overall diet quality in young adolescents. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2013; 38(7): 789-94.
27. Clark DB. Patients with eating disorders: challenges for the oral health professional. *Can J Dent Hyg*. 2010; 44(4): 163-70.
28. Crocq M, Guelfi J, Boyer P, Pull C, Pull-Erpelding M. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. 1114p.
29. Davit-Béal T, Grunewald L, Beslot A, Vanderzwalme A, Lautrou A. Quand adresser un enfant chez l'orthodontiste ? *Arch Pédiatrie*. 2008 ; 15(7) : 1242-8.
30. Delamarre J, Delamare F, Delamare L, Gélis-Malville E, Péquignot H. Dictionnaire des termes de médecine. 31e édition revue et augmentée. Paris : Maloine ; 2012. 1054p.

31. Deluchey A. Quand l'alimentation pose problème, que faire ? État des lieux et mise en place d'un outil de sensibilisation aux troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant tout-venant [Thèse d'exercice]. [Nice] : Université de Nice. Faculté de médecine ; 2014. 195p.
32. Derville G, Rabin-Costy G. Maxi-fiches. La protection de l'enfance. Malakoff : Dunod ; 2014. 250p.
33. Droz D. Traumatologie clinique : de la théorie à la pratique. Paris : Espace ID ; 2016. Prévention des traumatismes. p. 299-315.
34. Dugmore CR, Rock WP. A multifactorial analysis of factors associated with dental erosion. *Br Dent J.* 2004; 196(5): 283-6.
35. Fellus P. Orthodontie précoce en denture temporaire. Paris : EdCdP ; 2003. 132p.
36. Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Éditions Points ; 2012. 234p.
37. Gabel M, Padiou C. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. [Paris] : Odas éd ; 2001. 39p.
38. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019; 109(5): 1402-13.
39. Gerds TA, Lauridsen E, Ahrensburg SS, Andreasen JO. The dental trauma internet calculator. *Dent Traumatol.* 2012; 28(5): 351-7.
40. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries: a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol.* 2008; 24(6): 603-11.
41. Hatami G, Heidaritash H, Firouz bakht S, Motamed N. The frequency of speech disorders and its relationship with nutritive and non-nutritive sucking behaviors in 3-5 years old children in Bushehr City, Iran. *Arch Rehabil.* 2018; 19(3): 238-49.
42. Hooker D. Fetal reflexes and instinctual processes. *Psychosom Med.* 1942; 4(2): 199.
43. Houb-Dine A, Rerhrhaye M, Ismaili Z, Rerhrhaye W. La résorption radiculaire liée au traitement orthodontique : à propos d'un cas. *Orthod Fr.* 2011 ; 82(4) : 367-71.
44. Houti L, Benhaouachi A, Heroual N. CA-174 : Le grignotage chez les adolescents scolarisés à Sidi Bel Abbès (Algérie). *Diabetes Metab.* 2016 ; 42 : A82-3.
45. Jackson SL, Vann WF, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health.* 2011; 101(10): 1900-6.
46. Jager S, Darsat C, Droz D. Sensibilisation à la santé bucco-dentaire du tout-petit. *Actual Pharm.* 2018 ; 57(579) : 35-40.

47. Landouzy J, Sergent-Delattre A, Fenart R, Delattre B, Claire J, Biecq M. La langue : déglutition, fonctions oro-faciales, croissance crânio-faciale. *International Orthodontics*. 2009 ; 7(3) : 227-56.
48. Larsson E. The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. *Eur J Orthod*. 1987; 9(1): 279-82.
49. Le Heuzey M. La prévention des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant est-elle possible ? *J Pédiatr Pueric*. 2006 ; 19(7) : 261-4.
50. Lecanuet J. Des rafales et des pauses : les suctions prénatales. *Spirale*. 2007 ; 44(4) : 21-32.
51. Lefeuvre E, Talec F. Impact des comportements alimentaires sur la santé bucco-dentaire : une analyse de la littérature [Thèse d'exercice]. [Rennes] : Université de Rennes 1. Faculté d'odontologie ; 2017. 33p.
52. Limme M. Diversification alimentaire et développement dentaire : importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques. *Arch Pédiatrie*. 2010 ; 17 : S213-9.
53. Ling HTB, Sum FHKMH, Wong HM, Yang Y, Zhang L, Yeung CPW, et coll. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018; 18(1): 10.
54. Loe H, Theilade E, Jensen B, Schiott R. Experimental gingivitis in man. *J Periodontal Res*. 1965; (36): 177-87.
55. Lopez I, Jacquelin L, Berthet A, Druo J. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant : conseils pratiques. *J Pédiatr Pueric*. 2007 ; 20(2) : 63-9.
56. Lupi-Pegurier L, Muller-Bolla M. Facteurs de risque et conséquences buccodentaires de la succion des doigts : enquête épidémiologique. *Int Orthod*. 2004 ; 2(1) : 75-87.
57. Marinho VC, Higgins J, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003 [cité le 26 oct 2019]; (1). CD002278.
58. Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, Morinière S. Physiologie de la déglutition normale. *EMC - Oto-Rhyno-Laryngologie*. 2015 ; 10(2) : 1-12. [Article 20-801-A-10].
59. McSherry PF. The ectopic maxillary canine: a review. *Br J Orthod*. 1998; 25(3): 209-16.
60. Moss ML, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. *Am J Orthod*. 1969; 55(6): 566-77.
61. Moynihan P. Dietary advice in dental practice. *Br Dent J*. 2002; 193(10): 563.
62. Mulic A, Skudutyte-Rysstad R, Tveit AB, Skaare AB. Risk indicators for dental erosive wear among 18-yr-old subjects in Oslo, Norway. *Eur J Oral Sci*. 2012; 120(6): 531-8.

63. Muller-Bolla M. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve. Malakoff : Editions CDP ; 2018. 458p.
64. Muller-Bolla M, Courson F, Viargues P. Le brossage dentaire : quelle méthode ? Rev Odont Stomat. 2011 ; 40 : 239-60.
65. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Rueil-Malmaison : Éd CdP Wolters Kluwer France ; 2011. 327p.
66. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Rueil-Malmaison : Editions CDP ; 2011. Orthodontie interceptive clinique. p. 173-198.
67. Naulin-Ifi C. Traumatologie clinique : de la théorie à la pratique. Paris : Espace ID ; 2016. 383p.
68. Oldin A, Lundgren J, Nilsson M, Norén JG, Robertson A. Traumatic dental injuries among children aged 0-17 years in the BITA study : a longitudinal Swedish multicenter study. Dent Traumatol. 2015; 31(1): 9-17.
69. Pindborg JJ. Pathology of the dental hard tissues. Copenhagen: Munksgaard; 1970. 443p
70. Pirnay. Face à l'état dentaire désastreux d'un enfant. Inf Dent. 2017 ; 99(39) : 38-40.
71. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. Arch Pédiatrie. 2006 ; 13(5) : 464-72.
72. Potin E. Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance. Toulouse : ERES ; 2012. Éléments d'histoire et de définitions ; p. 17-39.
73. Ravn JJ. Sucking habits and occlusion in 3-year-old children. Scand J Dent Res. 1976; 84(4): 204-9.
74. Renault F. Troubles de succion déglutition du nouveau-né et du nourrisson. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses. 2011 ; 1-8. [Article 4-002-T-07]
75. Richter AE, Arruda AO, Peters MC, Sohn W. Incidence of caries lesions among patients treated with comprehensive orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011; 139(5): 657-64.
76. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J Appl Oral Sci. 2011; (2): 161.
77. Rozier RG, Pahel BT. Patient- and population-reported outcomes in public health dentistry: oral health-related quality of life. Dent Clin North Am. 2008; 52(2): 345-65, vi-vii.
78. Séailles T, Vecchierini M. Les particularités des examens diagnostiques du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'enfant. Rev Orthop Dento Faciale. 2015 ; 49(2) : 115-26.

79. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007; 369(9555): 51-9.
80. Sirtoli G, Weissenbach M. Recommandations diététiques dans l'exercice odontologique : vers un chirurgien-dentiste nutritionniste ? [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Nancy I. Faculté d'odontologie ; 2005. 183p.
81. Sixou J, Robert J. Acquisition des *Streptococcus mutans* par l'enfant. *Rev Francoph Odontol Pediatr*. 2006 ; 1(2) : 44-52.
82. Stegeman CA, Davis JR. *The dental hygienist's guide to nutritional care*. 5th edition. St Louis: Elsevier; 2018. 435p.
83. Tabet C, Aubron M. Diagnostic des malocclusions simples. *Réal Clin*. 2015 ; (2) : 105-15.
84. Temessek A, Jemai C, Ben Amor N, Sellami S, Fendri N, Ben Ltaief J, et coll. Le grignotage chez un groupe d'étudiantes en sciences de la santé. *Nutr Clin Métabolisme*. 2018 ; 32(4) : 336.
85. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007 ; 19(2) : 151-88.
86. Thibault C. *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. 2e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. 178p.
87. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019; 20(6): 507-16.
88. Tweed CH. *Clinical orthodontics*. St. Louis: C. V. Mosby; 1966.
89. Verdier P, Eymenier M. *La réforme de la protection de l'enfance*. 2e édition. Paris : Berger-Levrault ; 2012. 202p.
90. Violon M, Wendland J. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence. *Psychiatr Enfant*. 2014 ; 57(2) : 581-616.
91. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002; 121(4): 347-56.
92. Wijlens AGM, Erkner A, Alexander E, Mars M, Smeets PAM, Graaf C. Effects of oral and gastric stimulation on appetite and energy intake. *Obesity*. 2012; 20(11): 2226–2232.
93. Zhu Y, Hsu WH, Hollis JH. Increasing the number of masticatory cycles is associated with reduced appetite and altered postprandial plasma concentrations of gut hormones, insulin and glucose. *Br J Nutr*. 2013; 110(2): 384-90.

Références bibliographiques électroniques

94. AFSSAPS (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 [cité le 26 oct 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
95. AMELI. Mention d'information Aide sociale à l'enfance [Internet]. 2018 [cité le 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/textes-reglementaires/informations-cnif/mention-d-information-aide-sociale-a-l-enfance.php>
96. AMELI. La CMU complémentaire [Internet]. 2019 [cité le 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-cmu-c/situation-patient-cmu-complementaire>
97. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Criteria for Orthognathic Surgery. Clinical paper [Internet]. 2015 [cité le 20 oct 2019]. Disponible sur: https://www.aaoms.org/docs/practice_resources/clinical_resources/ortho_criteria.pdf
98. Bacro F, Rambaud A, Humbert C, Sellenet C. La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance : l'exemple de la Loire-Atlantique [Internet]. 2013. [cité le 9 oct 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
99. Bancelin LA. La première consultation en odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie ; 2017 [cité le 7 oct 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/bases-doc.univ-lorraine.fr/ulprive/BUPHA_TD_2017_BANCELIN_LAURE_ANNE.pdf
100. Bonneville-Baruchel E. Les traumatismes relationnels précoces [Internet]. Toulouse : Eres ; 2015 [cité le 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-traumatismes-relationnels-precoces--9782749246536.htm>
101. Charland R, Salvail P, Champagne M, Mercier R, Gagnon S, Shoghikian E, et coll. Traumatismes des dents antérieures primaires et permanentes. J dent Qué [Internet]. 2005 [cité le 15 oct 2019] ; 42 : 447-53. Disponible sur <https://www.orthodontiemontreal.com/wp-content/uploads/2015/04/1.pdf>.
102. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr [Internet]. 2015 [cité le 3 oct 2019]; 15: 46. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422261/>
103. Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. L'Atlas départemental : diagnostics de territoires [Internet]. 2019 [cité le 23 janv 2020]. Disponible sur: <http://meurthe-et-moselle.fr/territoire/latlas-d%C3%A9partemental-diagnostics-de-territoires>

104. Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. Protection de l'enfance [Internet]. [cité le 4 août 2019]. Disponible sur: <http://meurthe-et-moselle.fr/actions/enfance-famille/protection-de-lenfance>
105. Corbet E, Robin P, Bourgeaux I, Guye O, Jacob I, Fontaine-Ganivo K, et coll. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance [Internet]. 2013 [cité le 10 oct 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/oned_creaira_rapport.pdf.pdf
106. DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale). Guide « L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance » [Internet]. 2018 [cité le 29 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-l-exercice-des-actes-relevant-de-l-autorite-parentale-pour-les-enfants>
107. Direction générale de la cohésion sociale. Livret d'information pour les acteurs de la protection de l'enfance : la qualité et son évaluation [Internet]. 2005 [cité le 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/livret-d-information-pour-les-acteurs-de-la-protection-de-l-enfance-la-qualite>
108. DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). L'aide et l'action sociales en France [Internet]. 2019 [cité le 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas2019.pdf>
109. Euillet S, Moisset P, Halifax J, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin [Internet]. 2016 [cité le 15 sept 2019]. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf
110. HAS (Haute autorité de santé). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2017. [consulté le 23/03/2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir
111. HAS (Haute autorité de santé). Stratégies de prévention de la carie dentaire - Synthèse et recommandations [Internet]. 2010 [cité le 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
112. Humanium. Indice de Concrétisation des Droits de l'Enfant (ICDE) [Internet]. 2018 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/icde/>
113. Huon A. Les suctions non nutritives : Volume 1, Généralités et conséquences bucco-dentaires [Thèse d'exercice]. [Paris] : Université Paris Descartes. Faculté d'odontologie ; 2018 [cité le 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02019328/document>
114. International Association of Dental Traumatology. Dental trauma guidelines [Internet]. 2012 [cité le 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.iadt-dentaltrauma.org/1-9%20%20IADT%20GUIDELINES%20Combined%20-%20LR%20-%2011-5-2013.pdf>

115. Kientz P. La mise en évidence de la plaque dentaire, données actuelles [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie ; 2019 [cité le 26 oct 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr.bases-doc.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2019_KIENTZ_PAUL.pdf
116. Larousse. Définitions : malnutrition [Internet]. 2019 [cité le 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malnutrition/48936>
117. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles : Article L112-4 [Internet]. 2007 [cité le 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8204E4C0A3B4EDCFFC8F8FFA93937281.tplgfr23s_1?idArticle=LEGIARTI000006796427&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20161116
118. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles : Article L224-4 [Internet]. 2016 [cité le 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207612&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20160316>
119. Legifrance. Code civil : Article 375 [Internet]. 2016 [cité le 16 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006150091&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20090218>
120. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles : Article L 112-3 [Internet]. 2016 [cité le 16 oct 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA2D3809DF01D728226E111D167D75BB.tplgfr23s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006157552&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20200225
121. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles : Article L 226-3 [Internet]. 2016 [cité le 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207352&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20160316>
122. Legifrance. Décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2016 [cité le 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033166528&categorieLien=id>
123. Legifrance. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016 [cité le 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
124. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles : Article L221-1 [Internet]. 2018 [cité le 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796780&dateTexte=&categorieLien=cid>

125. Legifrance. Code pénal : Article 434-3 [Internet]. 2019 [cité le 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289453&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
126. Legifrance. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires [Internet]. 2019 [cité le 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038746663&categorieLien=id>
127. Legifrance. LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 [Internet]. 2019 [cité le 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039675317&categorieLien=id>
128. Legifrance. Code civil [Internet]. 2020 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>
129. Legifrance. Code de la santé publique [Internet]. 2020 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
130. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2020 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069>
131. Legifrance. Code pénal [Internet]. 2020 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
132. Ministère des Solidarités et de la Santé. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. 2011 [cité le 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/la-cellule-departementale-de-recueil-de-traitement-et-d-evaluation>
133. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux [Internet]. 2014 [cité le 30 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-enquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux>
134. Nguyen D. Les succions non nutritives, volume 2 : la prise en charge thérapeutique [Thèse d'exercice]. [Paris] : Université Paris Descartes. Faculté d'odontologie ; 2018 [cité le 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02019357/document>
135. ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance). Entrer dans l'âge adulte : la préparation et l'accompagnement des jeunes en fin de mesure de protection [Internet]. 2009 [cité le 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/publications/entrer-dans-lage-adulte-preparation-et-laccompagnement-jeunes-en-fin-mesure-protectio-0>

136. ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance). Treizième rapport au gouvernement et au parlement [Internet]. 2019 [cité le 7 janv 2020]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/13e_ragp_complet_web_0.pdf
137. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle : l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire [Internet]. 2003 [cité le 25 sept 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68507/WHO_NMH_NPH_ORH_03_2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
138. SFODF (Société française d'orthopédie dento-faciale). Pertinence et indications des actes d'orthodontie : Recommandations de Bonnes Pratiques [Internet]. 2017 [cité le 18 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.orthodontie-ffo.org/sites/default/files/inline-files/Reco%20pertinence.pdf>
139. SFODF (Société française d'orthopédie dento-faciale). Tout savoir sur la prise en charge des traitements orthodontiques [Internet]. 2018 [cité le 21 oct 2019]. Disponible sur: http://www.sfodf.org/avada_portfolio/tout-savoir-sur-la-prise-en-charge-des-traitements-orthodontiques/
140. UFSBD (Union française pour la santé bucco-dentaire). Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention [Internet]. 2013 [cité le 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
141. UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund). Qui sommes-nous, et comment agir à nos côtés ? [Internet]. 2015 [cité le 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/qui-sommes-nous-et-comment-agir-nos-cotes>
142. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations [Internet]. 2014 [cité le 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>

Table des matières

Liste des figures	9
Liste des tableaux.....	12
Liste des abréviations	13
Introduction.....	14
1. L'aide sociale à l'enfance	16
1.1. Contexte	16
1.1.1. Définitions	16
1.1.2. Historique (Andlauer, 2015; Capelier, 2015; Potin, 2012).....	24
1.1.3. Législation.....	29
1.2. La protection de l'enfance aujourd'hui en France	39
1.2.1. La protection administrative	40
1.2.2. La protection judiciaire	43
1.2.3. Le projet pour l'enfant	45
1.3. Le placement de l'enfant	46
1.3.1. Les caractéristiques du placement et son lien avec l'autorité parentale	47
1.3.2. Les possibilités de placement	51
1.3.3. Les pupilles de l'État	57
1.3.4. L'adoption	58
1.4. Conduite à tenir destinée au chirurgien-dentiste en cas de maltraitance avérée ou suspicion de maltraitance.....	60
2. La santé buccodentaire des enfants placés	64
2.1. L'alimentation	64
2.1.1. La place de l'alimentation dans la santé buccodentaire	64
2.1.2. L'alimentation et les différents comportements alimentaires des enfants placés en établissement	69
2.1.3. Synthèse.....	77
2.2. L'hygiène buccodentaire.....	79

2.2.1. La réalisation du brossage en établissement	79
2.2.2. Les moyens nécessaires à la réalisation d'une bonne hygiène buccodentaire	80
2.2.3. Synthèse	88
2.3. La succion non nutritive	92
2.3.1. Les rôles et besoins relatifs à la succion non nutritive	92
2.3.2. La balance bénéfices-risques liée à l'arrêt ou non de la succion non nutritive	94
2.3.3. Synthèse	100
2.4. La consultation auprès d'un dentiste	102
2.4.1. L'accès aux soins des enfants placés	102
2.4.2. Le suivi buccodentaire de l'enfant placé	106
2.4.3. Le déroulement d'une consultation et des soins	109
2.4.4. Les traumatismes buccodentaires	113
2.5. Les traitements orthodontiques	124
2.5.1. Les nécessités et intérêts du traitement orthodontique	124
2.5.2. La mise en place et le suivi d'un traitement orthodontique auprès d'un enfant placé	130
2.5.3. Synthèse	131
2.6. L'accès à la prévention : la mise en place d'interventions auprès d'établissements du Grand Nancy	133
Conclusion	140
Bibliographie	141
Table des matières	152

Jury : Président : J.M. MARTRETTE – Professeur des universités
Juges : S. JAGER – Maître de conférences des universités
A.S VAILLANT – Maître de conférences des universités
Q. LEFAURE – Assistant hospitalo universitaire

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

Présentée par : **Madame MARCHAL Marion, Odette, Nicole**

Née à : SAINT-DIE-DES-VOSGES (Vosges)

le 24 janvier 1993

et ayant pour titre : «L'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle : comment veiller sur la santé buccodentaire des enfants placés ?».

Le président du jury



J.M. MARTRETTE

Le doyen,
de la faculté d'odontologie de Lorraine



J.M. MARTRETTE

autorise à soutenir et imprimer la thèse 11088

NANCY, le 3.3.2020

Le président de l'université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

MARCHAL Marion – L'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle : comment veiller sur la santé buccodentaire des enfants placés ?

Nancy 2020 : 154 pages. 56 figures. 9 tableaux.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2020

Mots-clefs :

- Protection de l'enfance
- Santé buccodentaire
- Hygiène alimentaire
- Hygiène buccodentaire
- Soins dentaires

Résumé :

L'aide sociale à l'enfance se voit chaque année confiée plus de 150000 enfants en France. En Meurthe-et-Moselle, en 2017, ils étaient ainsi 1828 à être accueillis dans les établissements de protection de l'enfance répartis sur l'ensemble du département (foyer d'urgence, maisons d'enfants, pouponnières, etc...).

Le personnel de ces établissements se voit remettre la mission, parmi tant d'autres, de préserver la santé de l'enfant pendant son placement.

Après une description du système de protection de l'enfance en France, ce travail aborde les différents thèmes de prévention de la santé buccodentaire notamment grâce à l'élaboration de fiches pratiques destinées à tous les professionnels s'occupant d'enfants placés.

Membres du jury :

Pr. J.M. MARTETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. S. JAGER</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Dr. A.S. VAILLANT	Maître de Conférences	Juge
Dr. Q. LEFAURE	Assistant hospitalo-universitaire	Juge

Adresse de l'auteur :

Marion MARCHAL
11, route des écoles
88100 Saint-Dié-des-Vosges