

Promotion de la santé buccodentaire chez les enfants à haut risque : études de cas en Colombie-Britannique

• Rosamund Harrison, DMD, MS, Cert Ped Dent, MRCD(C) •

S o m m a i r e

La situation socio-économique, le stress familial et le mode d'éducation des enfants sont tous des facteurs qui, comme l'alimentation et les facteurs microbiologiques, influent largement sur l'apparition de la carie de la petite enfance. Pour être efficaces, les initiatives de promotion de la santé buccodentaire doivent donc être conçues et mises en œuvre selon une approche polyvalente qui prévoit une collaboration avec les partenaires de la communauté et la participation de la communauté à la planification des programmes et qui tient compte de l'incidence de la santé dentaire sur l'état général de santé de l'enfant. Cet article décrit brièvement 3 programmes de santé publique ou de recherche et démonstration, qui ont été mis en place en Colombie-Britannique en vue d'améliorer la santé buccodentaire des jeunes enfants de diverses communautés affichant une prévalence élevée de la carie de la petite enfance.

Mots clés MeSH : health education/dental; health promotion/methods; social environment

© J Can Dent Assoc 2003; 69(5):292-6
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

La prévention de la carie de la petite enfance (CPE) chez les enfants à haut risque demeure un défi pour tous ceux qui cherchent à améliorer la santé des enfants. Bien que la CPE soit généralement associée à un grave déséquilibre entre la flore bactérienne, le substrat et l'hôte, les conditions familiales, économiques et sociales ont aussi une grande incidence sur l'apparition de cette maladie¹ – de fait, le niveau de revenu et la situation socio-économique sont sans doute les principaux facteurs qui détermineront quels enfants souffriront de la CPE². Ce lien entre les facteurs sociaux et environnementaux laisse croire que le modèle susceptible d'avoir le plus d'effets positifs sur la santé buccodentaire des enfants est celui qui serait axé sur la promotion de la santé, plutôt que sur la prévention au niveau personnel. La promotion de la santé buccodentaire est une démarche méthodique, axée sur l'élaboration de politiques publiques bénéfiques, le développement de milieux positifs, le renforcement de l'action communautaire, l'amélioration des compétences personnelles ou la réorientation des services de santé, en vue d'atteindre les objectifs établis en matière de santé buccodentaire^{3,4}. Les approches qui intègrent au moins quelques-uns de ces principes de promotion de la santé sont non seulement bénéfiques pour la

santé de l'enfant, mais elles ont aussi des effets positifs sur la famille et l'ensemble de la communauté.

Cet article définit certains points importants à envisager dans la mise en place d'un programme de promotion de la santé axé sur la CPE et décrit quelques programmes actuellement en vigueur en Colombie-Britannique.

Facteurs à considérer dans la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé buccodentaire

Étant donné l'importance de la situation socio-économique, du stress familial et de l'accès aux soins de santé dans l'apparition de la CPE, il est important que les initiatives de promotion de la santé buccodentaire tiennent compte de certaines des considérations suivantes.

Collaboration avec les partenaires de la communauté

Les efforts menés individuellement par les cabinets dentaires privés ne pourront réduire la prévalence de la CPE. Il faut plutôt privilégier la collaboration entre les praticiens privés, les agents de santé publique et quiconque intervient auprès des jeunes enfants. Les cabinets privés pourraient cependant servir

d'exemple auprès de la communauté, en offrant à toutes les familles – peu importe l'âge de leurs enfants – un service où les gens pourraient obtenir des conseils sur la prévention et la prise en charge précoce de la maladie⁵. Il est en effet peu probable que les autres professionnels de la santé et des services à l'enfance acceptent d'intervenir pour prévenir la CPE auprès des très jeunes enfants, sans la participation directe de la profession dentaire. Dans l'ensemble du pays, le personnel des services de dentisterie communautaire est à redéfinir son rôle en vue de cibler davantage les familles avec des bébés et de très jeunes enfants⁶; le moment est donc tout indiqué pour les dentistes praticiens de s'informer sur ces programmes de santé publique et les appuyer.

La santé buccodentaire et l'état de santé général des enfants

Les données corroborant les liens entre la santé buccodentaire, l'état général de santé d'un enfant et la qualité de vie^{7,8} créent un incitatif unique en faveur d'une collaboration avec les autres professionnels de la santé, comme les infirmières et les médecins en santé communautaire, en vue de mieux les sensibiliser à ces liens et au rôle de chacun dans l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants. La réorientation des services existants pour y inclure les problèmes de santé buccodentaire est un volet clé de la promotion de la santé buccodentaire.

Démarche axée sur la communauté

Il est possible que certaines communautés – en raison de leur milieu culturel, de leur situation économique ou de leur emplacement éloigné particuliers – présentent des défis et des possibilités uniques en matière de promotion de la santé. En l'absence d'un processus de consultation qui prévoit la participation des membres de la communauté et qui est à l'écoute de ses résidents, les programmes de santé buccodentaire et les mesures de prévention risquent peu de porter fruit^{9,10}.

Adoption précoce de bonnes habitudes

Les nouveaux parents sont très désireux d'adopter des pratiques qui favoriseront le développement et la croissance de leurs enfants en santé. Les mesures de promotion de la santé mises en place *avant* que l'enfant n'acquiert de mauvaises habitudes peuvent avoir une chance raisonnable de succès. Donc, le moment où commencent à apparaître les dents primaires semble être la période idéale pour renseigner et conseiller les parents sur la santé buccodentaire et promouvoir l'acquisition de saines habitudes et de compétences parentales. Ces messages sur la santé buccodentaire devraient en outre faire partie des programmes de prévention durant toute la petite enfance. Dans le cas des enfants à haut risque, commencer la prévention à 3 ans est trop peu, trop tard.

Approche en matière de counselling

Il est peu probable que les familles acceptent d'adopter des comportements positifs ou de modifier des comportements déficients, si on utilise pour ce faire une approche autoritaire¹¹. Le counselling aura plus de chance de réussir si les intervenants

font preuve d'empathie et d'écoute attentive et qu'ils adaptent le contenu en fonction des modifications propres à chaque personne¹².

Indicateurs réalistes du succès

Avant de mettre en place un programme de promotion de la santé, il faut définir des mesures et des indicateurs réalistes du succès. Modifier les statistiques (le fait que 80 % des caries se manifestent chez 25 % des enfants)¹³, en vue d'obtenir des résultats plus favorables, est un processus à long terme. Donc, plutôt que de se fixer comme objectif de réduire de 50 % la prévalence de la CPE chez tous les enfants d'âge préscolaire d'une communauté, il pourrait être plus réaliste de tenter de retarder l'apparition et de réduire la gravité du processus carieux, afin que moins d'enfants aient besoin d'être hospitalisés pour des affections dentaires à l'âge de 2 ans et qu'un plus grand nombre puissent être traités en cabinet lorsqu'ils seront plus vieux.

Programmes de promotion de la santé buccodentaire en Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, les tests de dépistage dentaire effectués par des assistantes dentaires agréées, des services de santé publique, ont révélé qu'environ 11 % des enfants fréquentant la maternelle montraient des signes de carie du biberon, celle-ci étant définie comme des caries présentes sur au moins 2 incisives primaires⁶. Suite à cette observation troublante (c'est-à-dire que 1 enfant sur 10 fréquentant la maternelle présentait une affection dentaire importante), une variété de programmes en santé publique et de projets de recherche et de démonstration financés par des organismes externes ont été mis en place dans l'ensemble de la province, en vue d'examiner les moyens d'améliorer la santé buccodentaire des jeunes enfants à risque de CPE.

Identification des enfants à haut risque par le personnel des services de dentisterie communautaire

Le personnel des services de dentisterie communautaire de la province a mis en place une variété de programmes ayant pour but de cibler les enfants susceptibles de souffrir de la CPE⁶. Aujourd'hui, un questionnaire simple en 7 points est utilisé pour déceler les comportements «à risque» chez les bébés qui se présentent aux cliniques de vaccination, à l'âge de 12 mois. Le personnel dentaire contacte ensuite les parents et, à la lumière des réponses obtenues, les conseille sur les moyens de réduire les risques. En 2001, près des trois quarts des 20 régions sanitaires de la province ont utilisé ce questionnaire d'évaluation des risques, dans un total de 90 endroits. Les réponses ont révélé qu'environ le cinquième des jeunes enfants étaient issus de familles chez qui le risque était jugé élevé⁶.

Le succès de ces programmes d'évaluation des risques dépend cependant de la coopération et de l'assistance d'autres employés des bureaux de santé, notamment les aides infirmières, les infirmières en santé publique, le personnel de bureau et les bénévoles. La Colombie-Britannique est une vaste

province, diversifiée sous différents aspects; on y note même des variations quant aux endroits choisis par les parents pour faire vacciner leurs enfants. Dans la région sanitaire de Victoria, par exemple, les infirmières en santé publique effectuent 70 % des vaccinations, et les familles peuvent remplir le questionnaire lorsqu'elles se présentent aux cliniques de santé infantile. Par contre, à North Delta (une banlieue de Vancouver), 80 % des bébés sont vaccinés dans les cabinets de médecin; là, on demande aux parents de répondre au questionnaire par téléphone.

Pour bien des régions, les données de cette évaluation ne sont pas encore disponibles. Certaines données ont toutefois été compilées pour la région de Victoria, et des premières comparaisons ont été faites entre les familles qui ont été contactées après avoir répondu au questionnaire et celles n'ayant fait l'objet d'aucun suivi : il semble que le contact par le personnel dentaire a eu un effet positif sur la modification des comportements «nuisibles pour la santé dentaire». Dans l'ensemble, toutefois, les parents se sont montrés mieux disposés à utiliser un dentifrice fluoruré pour leurs enfants qu'à modifier leurs habitudes alimentaires⁶. Cette conclusion est corroborée par les résultats de projets similaires menés dans d'autres pays¹⁴.

Dans l'ensemble de la province, le personnel dentaire a introduit d'autres projets axés sur la CPE, qui reflètent la diversité culturelle et socio-économique de la Colombie-Britannique. Voici un aperçu de quelques programmes actuellement en cours :

- Une affiche et une brochure conçues spécialement pour les cabinets de médecin ont été produites pour la région sanitaire de South Fraser (laquelle inclut North Delta) où 80 % des familles font vacciner leurs enfants par leur médecin de famille. Le contenu et les dimensions de l'affiche ont été définis à partir des données recueillies auprès de groupes de discussion, et l'affiche a été traduite en panjabi pour attirer l'attention du grand nombre de familles d'Asie du Sud qui vivent dans la région. Ces produits ont aussi été distribués dans toutes les pharmacies communautaires de la province.
- Dans la région sanitaire Simon Fraser, des groupes de discussion formés de parents de jeunes enfants ont été organisés pour déterminer le lieu et le moment les mieux appropriés pour informer les parents sur la CPE et examiner les facteurs qui nuisent à l'adoption de comportements dentaires sains.
- La région sanitaire de North Interior a pour sa part commencé un programme d'application de vernis fluoruré chez les enfants d'âge préscolaire à haut risque, et ce programme a été élargi à tout le nord de la Colombie-Britannique.

Projets de recherche et de démonstration sur la promotion de la santé buccodentaire

Tout projet de recherche communautaire requiert une grande collaboration entre la communauté et les chercheurs. De plus, le projet doit porter sur des questions pertinentes pour la communauté et, idéalement, la communauté doit participer

à toutes les étapes du projet. Ces objectifs sont certes louables; cependant, la participation de la communauté ne se manifeste pas toujours comme les chercheurs l'avaient imaginé au départ¹⁵. Les paragraphes qui suivent décrivent brièvement 2 programmes communautaires de promotion de la santé buccodentaire, qui ont été mis en place dans diverses communautés culturelles de la C.-B. affichant une forte prévalence de CPE.

Promotion de la santé buccodentaire des enfants dans une communauté des Premières Nations du Nord

Ce projet de démonstration, financé par la Subvention des projets spéciaux de recherche et de démonstration de la Fondation de recherches en santé de la C.-B. et mené dans une communauté des Premières Nations de la province, avait pour objectif général d'élaborer un programme communautaire de promotion de la santé, qui soit adapté à la culture et qui réduise l'utilisation des pratiques d'alimentation et d'apaisement qui contribuent à la CPE¹⁶. Selon des rapports isolés provenant des membres de la communauté, les communautés des Premières Nations n'utilisaient pas auparavant de biberons pour calmer les enfants en pleurs, mais se servaient plutôt de paniers d'osier pour bercer les enfants. Cependant, la tradition de la fabrication des paniers d'osier a, à toutes fins utiles, disparu au cours des dernières années, et l'information recueillie durant la phase de collecte des données a révélé une forte prévalence (59 %) de la carie du biberon chez les enfants d'âge préscolaire, ainsi qu'un indice CEOD (dents cariées, extraites ou obturées) moyen (avec écart-type) de 7,0 (4,9). Les activités menées dans le cadre de ce projet, lesquelles ont été planifiées et supervisées par un comité formé de mères de la communauté et de professionnels de la santé, visaient à favoriser le retour aux pratiques parentales traditionnelles, comme l'utilisation des paniers d'osier. Le projet a donc été axé sur la fabrication de paniers d'osier par les aînés de la communauté, paniers qui ont ensuite été prêtés aux parents. Des brochures et des affiches portant sur un thème adapté à la communauté locale ont aussi été préparées, et l'infirmière en santé communautaire a conseillé individuellement les mères de bébés et de très jeunes enfants. Les résultats obtenus font état d'une amélioration par rapport aux valeurs de départ et sont également supérieurs à ceux obtenus dans une communauté voisine, bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives. Lorsque le projet a pris fin, un plus grand nombre d'enfants ne prenaient plus de biberon à 2 ans et moins d'enfants étaient mis au lit avec un biberon. On a aussi observé une diminution de l'indice moyen des surfaces cariées, extraites ou obturées chez les enfants de 18 à 38 mois, ainsi qu'une plus grande connaissance générale du programme au sein de la communauté. Enfin, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, le retour aux pratiques parentales traditionnelles, combiné à une légère amélioration de la santé buccodentaire et à une plus grande sensibilisation de la communauté au problème de la CPE, marque une étape

Tableau 1 Calendrier des séances de consultation dans les cliniques de santé infantile vietnamiennes de Vancouver

Âge de l'enfant (mois)	Messages	Objets remis aux parents
2	Importance des dents primaires Utilisation de la suce pour apaiser le bébé	Suce
4	Apparition des dents Nettoyage des dents	Brochures rédigées en vietnamien
6	Nettoyage des dents Éviter de coucher l'enfant avec un biberon	Brosse à dents pour bébé
12	Carie du biberon Passer du biberon à la tasse	Tasse avec bec
18	Revue de tous les points précités	Brosse à dents pour bébé

positive dans les efforts axés sur le renforcement des capacités de la communauté et la promotion de la santé¹⁶.

Promotion de la santé buccodentaire des enfants par un non-professionnel de la santé dans une communauté urbaine vietnamienne

Ce projet avait pour objectifs de concevoir, de mettre en place et d'évaluer un programme de promotion de la santé buccodentaire destiné aux enfants vietnamiens d'âge préscolaire, vivant dans les quartiers défavorisés de Vancouver¹⁷. Le projet s'est déroulé en 4 phases distinctes : collecte de l'information, planification, mise en œuvre et évaluation. La première phase du projet a révélé une forte prévalence de carie chez les jeunes enfants, laquelle a été associée à l'usage du biberon (durant le jour et au coucher) bien après l'âge de sevrage recommandé; on a aussi constaté que bien des parents estimaient que les dents primaires n'étaient pas importantes¹⁷. Outre la forte prévalence de la carie dentaire chez ces enfants vietnamiens d'âge préscolaire, un autre facteur militait en faveur de la mise en œuvre d'un tel programme expressément pour les familles vietnamiennes : il s'agissait de la présence d'une infirmière en santé publique qui parlait le vietnamien et qui venait de mettre sur pied une clinique bimensuelle de santé infantile pour les enfants vietnamiens. Vivement respectée par les familles vietnamiennes, cette infirmière s'est révélée un intervenant clé auprès des familles, pour mieux leur faire comprendre le lien entre la santé dentaire et l'état de santé général de l'enfant. Le comité de planification du projet, formé entre autres de travailleurs communautaires vietnamiens, a élaboré un programme incluant des séances de consultation personnelle avec un non-professionnel de la santé vietnamien et des activités communautaires¹⁸ (tableau 1). Ce non-professionnel, qui n'avait ni formation ni expérience en dentisterie, offrait des conseils aux mères, puis effectuait un suivi téléphonique une semaine plus tard, à une date qui coïncidait avec la visite de vaccination prévue à la clinique de santé infantile vietnamienne. Les mères ont eu la possibilité de participer à l'élaboration du projet dans son ensemble, ainsi qu'à la détermination du contenu des messages dentaires et de leur mode de diffusion, durant leurs visites à la clinique et les suivis téléphoniques. De plus, à plusieurs reprises, les mères sont

venues à la clinique pour discuter avec le travailleur en dentisterie communautaire de questions liées à la santé dentaire de leurs enfants. Lors de chacune des 4 cliniques de suivi qui ont eu lieu depuis le lancement de ce programme continu, il y a plus de 7 ans, les mères qui ont eu plus d'une séance de consultation ont déclaré donner beaucoup moins de biberons à leurs enfants durant le jour et au coucher, et ces enfants ont affiché en retour une prévalence nettement moindre de carie que les sujets de référence d'âge similaire. Les séances de consultation individuelle et le suivi régulier, par un non-professionnel ayant la même origine et la même culture que les participants, semblent un moyen prometteur de faciliter l'adoption de comportements sains et d'améliorer la santé buccodentaire des enfants. Au cours des dernières années, ce programme a été élargi à la communauté chinoise des quartiers défavorisés de Vancouver, à la demande des services de santé communautaire. Le projet, financé au départ par le Fonds de recherche en santé de la C.-B., bénéficie depuis quelque temps d'un financement continu du Fonds de fiducie en santé communautaire Sharon Martin.

Conclusions

Bien que les 3 initiatives décrites comportent des différences manifestes, elles ont aussi des points en commun quant à la démarche et aux principes mis de l'avant. Elles prévoient entre autres la collaboration avec les services de santé publique, comme les cliniques de santé infantile, et la participation des autres intervenants (médecins et pharmaciens). De plus, tous ces programmes ont cherché, avant leur introduction, à favoriser la participation de la communauté, par la création de comités de mères ou de groupes de discussion. Certains programmes ont aussi été conçus ou adaptés pour tenir compte des différences culturelles des familles à l'étude, notamment en contactant les médecins de famille de North Delta où les familles parlant le panjabi font vacciner leurs enfants, ou en mettant sur pied un programme de prêts de berceau pour les familles des Premières Nations désireuses de retourner à des méthodes plus traditionnelles pour consoler les enfants. La mise en place des interventions dès le très jeune âge est un autre élément essentiel de tous ces projets. Enfin, l'importance de cibler les enfants à haut risque, plutôt que de mettre en place un programme général pour tous, est un autre principe

commun de ces projets communautaires de santé publique et projets de démonstration. L'évaluation rigoureuse des résultats demeure difficile, mais elle permettra d'améliorer la valeur de tous ces projets. ♦

Cet article s'appuie sur une présentation donnée lors de l'assemblée annuelle de l'ACDP en octobre 2001.

La Dre Harrison est professeure agrégée et directrice, Division de la dentisterie pédiatrique, Département des sciences de la santé buccodentaire, Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.).

Écrire à la : Dre Rosamund Harrison, Département des sciences de la santé buccodentaire, Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, 2199 Westbrook Mall, Vancouver BC V6T 1Z3. Courriel : rosba@interchange.ubc.ca.

Les vues exprimées sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Tang JM, Altman DS, Robertson DC, O'Sullivan DM, Douglass JM, Tinanoff N. Dental caries prevalence and treatment levels in Arizona preschool children. *Public Health Rep* 1997; 112(4):319-29.
2. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res* 1999; 33(2):101-13.
3. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva. *J Health Promotion* 1986; 1(1):1-4.
4. Watt RG, Fuller SS. Oral health promotion — opportunity knocks! *Br Dent J* 1999; 186(1):3-6.
5. Edelstein BL. Evidence-based dental care for children and the age 1 dental visit. *Pediatr Ann* 1998; 27(9):569-74.
6. Bassett S, MacDonald H, Woods S. Assessing risk for early childhood caries in infants. Projects in British Columbia as of July, 1999. Ministry of Health. Victoria, B.C. 1999.
7. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999; 21(6):325-6.
8. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2000.
9. Dickson M. Oral health promotion in developing countries. In: Schou L, Blinkhorn AS, editors. Oral health promotion. Oxford, UK: Oxford Medical Publications; 1993. p. 233-48.
10. Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(Suppl 1):32-44.
11. Milgrom P, Weinstein P. Early childhood caries. A team approach to prevention and treatment. University of Washington, Seattle, Continuing Dental Education; 1999. p. 40-5.
12. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 2001; 20(1):68-74.
13. Kaste LM, Selwitz RH, Oldakowski RJ, Brunelle JA, Winn DM, Brown LJ. Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996; 75(Spec No):631-41.
14. Sgan-Cohen HD, Mansbach IK, Haver D, Gofin R. Community-oriented oral health promotion for infants in Jerusalem: evaluation of a program trial. *J Public Health Dent* 2001; 61(2):107-13.
15. Zakus JD, Lysack C. Revisiting community participation. *Health Policy Plan* 1998; 13(1):1-12.
16. Harrison RL, White L. A community-based approach to infant and child oral health promotion in a British Columbia First Nations community. *Can J Community Dent* 1997; 12(1):7-14.
17. Harrison R, Wong T, Ewan C, Contreras B, Phung Y. Feeding practices and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children. *ASDC J Dent Child* 1997; 64(2):112-7.
18. Harrison RL, Wong T. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* In press 2003.