

## L'ASPECT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DES SOINS PRÉVENTIFS SOCIAUX \*)

PAR MAURICE VINCENT

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté de faire cette communication au cours du Congrès de Commémoration des anniversaires des Trois grandes Sociétés Dentaires Néerlandaises.

Je suis assuré de resserrer encore plus intimement les liens séculaires qui unissent les organismes dentaires de la France à ceux de votre beau et grand Pays.

La communication qui nous a été indiquée a pour titre: „L'aspect économique et social des soins préventifs sociaux”, et elle se place dans le cadre de „l'organisation des soins dentaires pour la jeunesse”.

\* \*

Les soins préventifs en matière odontologique se limitaient avant le dernier demi-siècle à des initiatives fort louables certes mais dont l'action ne dépassait pas le cadre scolaire assez réduit ou celui dû à l'initiative de certaines collectivités privées.

Il a fallu la création dans le monde des divers systèmes collectifs de soins curatifs pour que la prévention prenne elle-même une allure sociale, c'est-à-dire se transforme en prévention organisée par la Société.

Nous serions tentés de faire un effort étymologique en donnant une définition exacte, accessible à tous, de cette expression „soins préventifs et sociaux” ou „prévention sociale des maladies de la bouche et des dents”.

Nous pensons que le terme „prévention” pourrait alors se confondre avec „prophylaxie”, et pourquoi n'irions nous pas jusqu'au bout de notre pensée . . . la „prophylaxie” se dénommerait alors plus exactement „thérapeutique”.

Comme nous n'avons pas l'intention de nous livrer à une querelle de termes, il demeure bien entendu que les limites des mots „prévention” et „prophylaxie” sont bien difficiles à fixer, et que nous les emploierons sans leur attacher une différence étymologique et en laissant se profiler l'ombre du mot „thérapeutique” chaque fois que nous les utiliserons.

\* \*

Partout l'accord paraît exister sur l'extrême nécessité de faire porter les efforts, en matière de prévention des maladies bucco-dentaires, sur

\*) Voordracht gehouden ter gelegenheid van het Jubileum-Congres der Nederlandse Tandheelkundige Verenigingen te Scheveningen, op 11 Juni 1954.

les enfants : avant leur âge scolaire, pendant la période scolaire, comme après l'école.

Il y aurait lieu, à notre avis, de compléter cette conception préventive et de répondre à la question : à quel âge doit-on commencer la prophylaxie de la carie dentaire, par ce que disait Napoléon, auquel on demandait : à quel âge doit-on commencer l'éducation de l'enfant? — „Vingt ans avant sa naissance, par l'éducation de sa mère”.

En paraphrasant, nous devrions dire : la prophylaxie de la carie dentaire doit commencer dès l'évolution du foetus. Nous serions alors logiques en rappelant que l'on constate l'existence de follicules dentaires en formation et l'apparition d'un début de chapeau adamantin dès le 45<sup>ème</sup> jour de la vie intra-utérine.

En nous dégageant des luttes de doctrine, rendues inévitables par les erreurs incluses dans certains services sociaux odonto-stomatologiques, en considérant les faits objectivement, nous devons convenir que l'effect de masse, en matière de soins préventifs dentaires, s'obtient rapidement et plus facilement en s'adressant aux collectivités infantiles plutôt qu'aux enfants isolés.

Il est entendu que la prévention de la carie dentaire s'étend à la prévention des paradentopathies et des malformations dento-maxillaires.

En ce qui concerne les paradentopathies, les sujets qui en sont frappés sont surtout des adultes ou des patients d'âge mûr, mais il s'agit dans cette affection d'une manifestation d'un état pathologique dont le déterminisme nous semble encore trop mal connu pour qu'on puisse raisonnablement prétendre en établir les règles définitives de prévention.

Pour ce qui concerne la prévention des malpositions dento-maxillaires, si nous savons qu'interviennent des facteurs mécaniques, comme par exemple l'habitude vicieuse de l'enfant qui suce ses doigts, nous savons aussi indiscutablement que ces malpositions sont grandement influencées par la perte prématurée des dents caduques, que cette perte soit due à la carie ou qu'elle soit liée à une avulsion précoce ou intempestive, comme à la persistance anormale de dents lactéales après l'époque physiologique de leur chute.

Ce que nous savons, c'est que la carie dentaire est, comme le disait jadis Dieulafoy, en parlant de l'appendicite, une maladie „follement fréquente”. En effet, de toutes les maladies qui frappent l'espèce humaine, elle vient la première en fréquence après la coqueluche et la rougeole. Mais la carie des dents n'est pas une maladie à évolution courte, elle frappe non seulement les enfants avec une très grande fréquence, mais aussi les adultes, et dans tous les cas ou presque, les lésions sont définitives.

Il serait bien trop long de remémorer ici les conséquences de la carie dentaire, qui sont innombrables depuis la simple odontalgie jusqu'aux complications générales d'ordre infectieux. Il faut aussi tenir compte que, parfois, la plaie pénétrante corono-dentaire est la voie d'entrée de maladies redoutables : la tuberculose et la poliomyélite par exemple.

A la Société d'Hydrologie et de Climatologie médicales de Paris, le Docteur *P e r g e* affirme que 63% des néphrites (dont 55% consécutives aux seules amygdalites) sont dues à l'infection de la bouche et du rhino-pharynx, par conséquent en grande partie aux dents infectées et infectantes.

Si le retentissement de ces lésions n'est pas contesté, il est très généralement négligé et méconnu.

On est effaré de constater combien est grande l'indifférence générale pour tout ce qui touche à la carie dentaire, il suffit de noter que, sur 100 personnes prises au hasard, il n'en est pas 5 dont la denture soit normale, saine et correcte.

Nous nous sommes souvent posé la question suivante: si 95% de nos contemporains qui vont et viennent dans la vie portaient sur le visage ou le front un ou plusieurs ulcères chroniques, les Pouvoirs Publics de tous les pays se seraient depuis longtemps préoccupés de porter remède à un tel état pathologique. La carie dentaire est en tous points superposable à cette hypothèse, seulement cette maladie n'est pas évidente puisque cachée dans cette cavité où ne pénètrent pas toujours les regards les plus intimes.

En s'en tenant seulement à la phase de début de la carie dentaire: odontalgies ou infections locales aiguës, qui pourrait supputer la somme des heures, des journées de travail perdues.

Lorsqu'il s'agit de complications ultérieures, qui pourrait supputer le nombre de journées d'hôpital, l'étendue des frais de maladie, de chirurgie, qu'elles entraînent.

Et il faut encore tenir compte des frais de soins dentaires à dispenser.

Dans le cas particulier qui nous occupe, les maladies que nous envisageons sont dominées par de multiples facteurs: climatiques, psychiques, alimentaires. La part de l'hérédité est importante, les états endocrinien, glycémique, vasculaire, d'hypo ou d'hypertension, ne peuvent être négligés, tout comme les périodes d'instabilité, de crises, la puberté, la ménopause, la grossesse, etc. etc. C'est de chacun de ces états, de ces épisodes, que les chercheurs devront orienter le travail d'équipe en vue de la prévention.

Le Professeur *L e r i c h e* écrit, dans un ordre d'idées voisin mais qui nous est applicable, „nous ne nous sommes généralement occupés que des maladies toutes faites, telles que la pathologie nous l'enseigne. Ne serait-il pas possible d'aller plus avant et de chercher à en prémunir ou à en arrêter l'établissement en s'adressant aux facteurs végétatifs ou endocriniens commandant la construction de la lésion de l'organe qui jusqu'ici a été notre objectif prédominant, car la lésion n'est souvent qu'une constatation végétative. Il me semble qu'il y a là de quoi nous acheminer vers des directions nouvelles. Nous devons comprendre que la phase clinique n'est d'habitude qu'une phase terminale, la maladie évoluant d'abord toutes lumières éteintes dans la nuit silencieuse du tissu, et c'est à cette pathologie obscure qu'il faut aller. Lorsque le rideau se lève et que la lésion est reconnue c'est trop tard, la pièce est jouée.”

\* \*

Tout système social odonto-stomatologique, s'il doit évidemment répondre en premier lieu aux soins curatifs, devrait inscrire la prévention dans des obligations primordiales. Il devrait le faire pour la raison majeure découlant du vieil aphorisme: „il est préférable de prévenir plutôt que de guérir". Il devrait le faire parce que les sommes dépensées en matière de prévention lui feraient économiser une grande partie des énormes dépenses commandées par les soins curatifs.

Et nous voici en plein dans le sujet traité: „aspect économique des soins préventifs sociaux".

Si nous prenons l'exemple du service des soins sociaux odontostomatologiques de la France, nous observons qu'il existe dans le plan de Sécurité Sociale de notre pays un Fonds d'Action Sanitaire et Sociale.

Ce Fonds reçoit un peu moins de 1% des cotisations qui forment l'ensemble des recettes, et c'est ainsi qu'il a eu à sa disposition, au cours de l'année 1952:

3 Milliards, 266 Millions de Francs.

Sur ces 3 Milliards 266 Millions de Frs, rien . . . ou presque rien n'a été dépensé au titre de la prophylaxie dentaire et nous serions heureux de connaître ce qui a été fait en ce domaine exclusif de la „vraie prophylaxie" dans les autres pays.

La première des mesures à réaliser consisterait à doter les divers pays de laboratoires de recherches scientifiques dentaires, en notant au passage que le nôtre en est complètement privé.

Nous pensons, tout en reconnaissant la grande valeur de l'hygiène préventive dentaire, que nous ne pouvons continuer à laisser croire, que, seul, le brossage régulier des dents suffit à prévenir la carie dentaire . . .

Nous pensons, tout en reconnaissant le bien fondé de la lutte contre les habitudes vicieuses de certains enfants . . . telle le suçage du pouce, que nous ne pouvons laisser supposer que nous croyons que toutes les malformations dento-maxillaires seront guéries si nous supprimons ces causes importantes, mais quand même secondaires.

*L'aspect économique des soins préventifs sociaux commande impérativement l'organisation systématique et scientifique de la recherche des causes de la carie dentaire, des paradentopathies et des malformations dento-maxillaires.*

En matière de soins préventifs dentaires, certains travaux, nombreux et récents, nous obligent à mieux considérer en particulier:

— les états infectieux, le maintien ou le rétablissement de l'équilibre hormonal de la femme gestante qui ont une répercussion sur les germes dentaires en cours d'évolution.

— l'alimentation convenablement équilibrée, l'absence de toute carence vitaminique.

— l'action du sucre apporté dans la cavité buccale mais aussi de celui imprégnant de façon permanente tous les tissus du diabétique, comme les réactions des tissus dentaires de ce dernier au traitement insulinique accompagné d'un dosage exact des glucides, protides et lipides qu'il ingère.

— l'action du fluor sur les tissus dentaires, afin de connaître exactement

dans quelles conditions elle augmente la résistance des tissus dentaires et assure la longévité de la denture infantile.

— la pathogénie et l'étiologie des maladies dentaires par l'utilisation des isotopes radioactifs, méthode qui a fait la matière d'une si importante et si curieuse communication du Dr. *B e r g g r e n* de Stockholm au récent Congrès d'Odonto-Stomatologie d'Oran.

Il appartient aux divers services sociaux odonto-stomatologiques de comprendre le rôle qu'ils doivent remplir dans l'économie de la prévention dentaire en s'attachant à promouvoir et développer la recherche scientifique dans les divers pays où elle n'existe pas encore. Il leur appartient de développer intensément la recherche dans les pays où les chercheurs sont à pied d'oeuvre en assumant les dépenses nécessitées par leurs travaux.

\* \*  
\*

Nous avons toujours posé le postulat que les dents temporaires méritaient tout autant, sinon plus, de soins précoces que les dents définitives.

Il découle de ce principe que le dépistage (*case-finding*) de la carie des dents permanentes doit commencer dès que celles-ci font leur apparition.

Il est un fait: le nombre de caries dentaires augmente très rapidement entre 5 et 10 ans, et nous avons des observations qui fixent le pourcentage de la carie dentaire de 5 à 60% entre ces âges.

Aussi, sommes-nous assurés que, seule, peut être efficiente l'action basée sur le dépistage et le traitement précoce de la carie des dents permanentes.

Il nous appartient, pensons nous, de retenir l'existence d'un système instauré en France depuis 1947 et je vais m'efforcer d'en résumer la technique:

— un arrêté a rendu obligatoire la visite de l'état buccodentaire des enfants lors de leur „incorporation scolaire”, c'est-à-dire vers 5 ans.

Ce système fonctionne sous l'égide d'une direction au Ministère de l'Education Nationale, direction dénommée Hygiène Scolaire et Universitaire, et, pour sacrifier au système bien critiquable par son exagération, dénommée H.S.U.

Ce système repose sur les principes suivants:

— tous les enfants doivent, lors de l'incorporation scolaire subir une visite de „dépistage” (*case-finding*).

— les Chirugiens-Dentistes de chaque département sont chargés de ces visites, et leur liste est établie par les soins du Syndicat dentaire départemental après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirugiens-Dentistes.

— Ces chirurgiens-dentistes inscrivent sur une fiche (annexe I) les dents atteintes de carie et les malformations dento-maxillaires.

Les parents dont les enfants ont des dents atteintes de caries ou sont atteints de malformations dento-maxillaires sont avisés officiellement de l'état bucco-dentaire de leurs enfants par une cartelettre (annexe 2).

Les dents atteintes de caries et les malformations dento-maxillaires doivent être soignées par un praticien au choix des parents.

Six mois après le 1er examen de dépistage, l'enfant passe une seconde visite bucco-dentaire. Si les lésions constatées lors du 1er examen n'ont pas été soignées, l'enfant, après un nouvel examen de dépistage, est — sauf opposition des parents — conduit par les soins du centre médico-social dans un centre de soins ou chez un spécialiste traitant désigné par la famille.

Ce dépistage bucco-dentaire n'est qu'une partie d'un vaste système qui, sous la direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, comprend le dépistage des affections mentales, des yeux, des oreilles ainsi que le dépistage des maladies contagieuses, notamment la tuberculose.

Ce système, instauré en 1947, a été assez lent à se développer, les crédits dont la direction de l'H.S.U. dispose sont nettement insuffisants, et si nous avons obtenu — point excessivement important et sur lequel j'appelle votre attention — que le dépistage de la carie dentaire figure sur le même plan que le dépistage de la tuberculose il faut avouer qu'il est loin d'atteindre les résultats que nous en espérons.

Il aurait été aussi souhaitable que ce dépistage commençât bien avant l'âge de 5 ans.

Il serait trop long d'examiner les causes qui ont entravé le développement de ce système mais il n'en reste pas moins certain que les principes de ce système nous semblent devoir être portés à la connaissance de l'opinion dentaire internationale.

\* \* \*

Il nous semble impossible aussi de passer sous silence une situation qui, pour être délicate, n'en est pas moins à l'ordre de nos préoccupations.

Nous avons toujours dit et répété que „le dépistage des affections bucco-dentaires sans les soins qui doivent suivre n'était qu'un coup de chapeau donné à la maladie”.

Or, nous devons à la vérité de déclarer qu'il existe encore trop de praticiens qui, n'attachant pas l'importance qu'il faut apporter aux lésions des dents permanentes, auraient tendance à ne pas accorder aux dents lactéales atteintes de caries tous les soins qu'elles réclament.

Nous estimons et déclarons que c'est là commettre une faute lourde doublée d'une pénible méconnaissance du simple devoir professionnel.

Ne sommes-nous pas, notre vie professionnelle durant, au service de la Santé Publique?

Plus certains soins sont pénibles et difficiles à exécuter, plus nous devons être préoccupés de les dispenser.

Nous sommes toujours surpris d'entendre parler des soins à donner aux „32 dents” de l'individu et nous voudrions rayer à tout jamais ce vocable de nos déclarations et le remplacer par „les soins à donner aux „52 dents” de l'être humain”.

Nous aurions ainsi, tout d'abord, appris à parler en vrais thérapeutes de la denture humaine.

En France, les Syndicats groupés dans la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, font une inlassable propagande éducative des Confrères, aidés en cela par l'action bienfaisante du Comité National d'Hygiène Bucco-Dentaire, organisme dont l'éloge de l'action bienfaisante n'est pas à faire.

Mais, il faut regretter aussi que certains Gouvernements aient trop tendance à négliger l'effort du travailleur intellectuel et à considérer que ce dernier doive à la Société, en plus de l'effort commun, un effort professionnel au-dessus de ses possibilités pécuniaires.

\* \* \*

D'autre part, nous ne saurions détacher de l'étude de l'aspect des soins préventifs sociaux la situation sociale de ceux qui distribuent ces soins.

Nous avons l'impression — et nous n'avons aucune raison d'hésiter à le dire — que, peu à peu, dans certains pays, la situation sociale des Praticiens rencontre des difficultés croissantes, or nous ne pensons pas que la Santé Publique gagnerait à provoquer la prolétarianisation des élites soignantes.

Nous nous élevons d'ailleurs contre le fait que la médecine dentaire sociale, dans certains pays, soit organisée, dirigée et imposée aux Praticiens par des administrations qui ne connaissent rien et ne peuvent rien connaître des problèmes scientifiques, médicaux, dentaires, et qui ne jugent ces problèmes que comme des comptables ayant une seule et unique considération: l'actif et le passif, le bilan financier de leur système.

Nous nous élevons aussi contre les systèmes qui — avec les meilleures intentions du monde — sous prétexte de la nécessité du contrôle des soins dentaires, aboutissent à la création d'une médecine dentaire de Sécurité Sociale.

Demain, si nous n'y prenons pas garde, ceux qui ont mis sur pied ces systèmes auront la prétention de codifier notre science, de bâtir de toutes pièces une science médico-dentaire à l'intention des assurés sociaux.

Ce serait alors la fin de toute évolution scientifique, de toute initiative personnelle: la méthode imposée remplacerait l'initiative et l'évolution, facteurs déterminants de tous les progrès.

\* \* \*

Nous regrettons vivement que la Sécurité Sociale de notre pays ne comprenne pas le rôle éminent qu'elle devrait remplir en matière de soins dentaires.

Au lieu de vouloir se substituer aux 13.000 Chirurgiens-Dentistes et Stomatologistes par la création de cabinets dentaires de caisses de Sécurité Sociale, de Sociétés de Secours Mutualistes et de collectivités diverses; la Sécurité Sociale par son Fonds d'Action Sanitaire et Sociale devrait dans le secteur dentaire avoir à coeur de joindre ses efforts à ceux de l'H.S.U., à seule fin de renforcer l'action du dépistage en lais-

sant aux Confrères la mission qui leur appartient: celle de donner des soins.

\* \* \*

Le vaste, l'immense problème des soins dentaires infantiles est ainsi posé.

La valeur d'un programme social de santé dentaire doit se traduire par la diminution de la fréquence de la morbidité dentaire chez des groupes de sujets du même âge. Le nombre des dents extraites est loin de constituer un critère d'appréciation. C'est le degré de discordance entre le taux de morbidité, c'est-à-dire le taux d'apparition des caries, et celui des obturations pratiquées qui donne une juste idée du degré d'adaptation des services sociaux de prévention dentaire aux besoins de la population étudiée.

Certains pays — les pays scandinaves en particulier — fournissent l'exemple d'une organisation parfaite.

Mais nous pensons que ce qui est possible en Norvège, à *Oslo* en particulier, ne l'est pas dans d'autres pays.

La Norvège est un pays de 3.375.000 habitants, la population enfantine n'est que de 482.000 enfants (de 4 à 14 ans) et le système a débuté il y a 40 années.

Il est matériellement impossible de l'instaurer par exemple dans un pays comme la France, où il existe plus de 7 Millions d'enfants âgés de 4 à 14 ans, ce qui nécessiterait, pour les soins dentaires infantiles, plus de 7.000 dentistes se consacrant exclusivement à cette tâche!

Nous disons matériellement impossible à instaurer pour des raisons financières et des raisons d'effectif de Praticiens.

C'est dire que l'aspect économique et social de ce problème angoissant, excessivement difficile à résoudre, doit porter avant tout sur la prévention, et nous aurions tendance à dire: „exclusivement sur la prévention”.

Nous n'hésitons pas à écrire que le développement dans le monde entier des systèmes sociaux odonto-stomatologiques pose un nouveau problème, et qu'il est dominé par la recherche des moyens susceptibles de concilier le droit aux soins des populations infantines atteintes de caries dentaires, avec la liberté d'exercice des Praticiens.

*Nous ne pensons pas d'autre part qu'il puisse exister un même système applicable à tous les Pays.*

Les divers systèmes sont commandés dans chacun des pays par son régime constitutionnel, son degré d'évolution, ses traditions, sa démographie et ses conditions ethniques.

La Fédération Dentaire Internationale, par sa Commission des Services Sociaux Odonto-Stomatologiques, et sa Sous-Commission d'Hygiène Bucco-Dentaire, a commencé à procéder à un inventaire de la situation internationale, elle a adressé des questionnaires aux divers pays groupés dans la F.D.I., et elle poursuivra l'étude qu'elle sait complexe et difficile d'une situation qu'il faut tout d'abord bien connaître avant d'essayer d'en tirer des conclusions pratiques.

Un des aspects économiques de la prévention des maladies buccodentaires peut être examiné sous l'angle du pourcentage des dépenses des services sociaux odonto-stomatologiques.

Si nous prenons l'exemple de la France, nous rappelons que le système de Sécurité Sociale ne prévoit presque aucune dépense pour la prévention, car nous ne pouvons retenir les sommes infimes consacrées au dépistage des caries dentaires organisé dans 2 ou 3 départements pour les enfants d'âge inférieur à 5 ans.

Mais nous croyons utile de signaler les dépenses dentaires pour les soins et les appareils de prothèse, dont bénéficient les assurés sociaux de ce pays.

Assurances maladie et longue-maladie (Régime général):

|  | 1951                       | 1952                       |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Frais Médicaux . . . . .                                   | 16.841.000.000 Frs         | 19.582.711.000 Frs         |
| Frais Chirurgicaux . . . . .                               | 8.090.000.000 Frs          | 9.789.132.000 Frs          |
| Frais Pharmaceutiques . . . . .                            | 28.516.000.000 Frs         | 36.773.858.000 Frs         |
| <i>Soins et prothèse dentaires.</i> . . . .                | <i>8.689.000.000 Frs</i>   | <i>10.604.091.000 Frs</i>  |
| Hospitalisation et Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.)   | 47.645.000.000 Frs         | 62.454.202.000 Frs         |
| Cures thermales . . . . .                                  | 1.066.000.000 Frs          | 1.299.137.000 Frs          |
| Indemnités journalières & allocations mensuelles . . . . . | 25.608.000.000 Frs         | 38.824.808.000 Frs         |
| <i>Total . . . . .</i>                                     | <u>136.455.000.000 Frs</u> | <u>179.327.939.000 Frs</u> |

Le pourcentage des dépenses dentaires, par rapport au total des autres dépenses, est donc:

|                   |       |
|-------------------|-------|
| en 1951 . . . . . | 6.36% |
| en 1952 . . . . . | 5.91% |

Il est facile de constater que le système social français n'est préoccupé que par les soins curatifs et néglige complètement la prévention.

\* \*

Certes, l'Organisation Mondiale de la Santé, lors de sa 6ème réunion, en Mai 1953, a prévu un programme de dentisterie pour 1955.

S'il est exact qu'elle ait prévu, dans le budget de 1954, les sommes nécessaires aux effets de la consommation du sucre, ainsi qu'à l'action du fluor, dans la prophylaxie de la carie dentaire, nous pensons que le problème de la prévention des maladies bucco-dentaires mériterait d'être posé d'une façon plus complète et devrait surtout porter sur l'urgence des moyens à mettre en oeuvre en matière de recherches de l'étiologie de la carie dentaire, des paradentopathies et des malformations dento-maxillaires.

Il s'agit en effet, avant tout, de tendre nos efforts pour sortir de l'obscurité.

\* \*

## CONCLUSION

L'aspect économique et social des soins préventifs dentaires sociaux, par le fait même que l'étiologie de la carie dentaire est encore inconnue, nous oblige à lutter contre les multiples effets de cette redoutable maladie sans savoir encore exactement sur quel point la lutte doit tout d'abord se circonscrire.

Il nous appartient:

1°— de réclamer de tous nos gouvernements, et surtout des services sociaux odonto-stomatologiques de tous les pays qui en possèdent, que de larges crédits soient attribués aux centres de recherches sur l'étiologie de la carie dentaire.

2°— de continuer inlassablement nos efforts pour que les gouvernements de tous les pays soient instruits de l'importance et de la gravité de la carie dentaire, fléau social encore trop méconnu, mal dont sont atteints 70 à 95% des êtres humains.

3°— de faire ressortir auprès des gouvernements que la politique qui consiste à ne se préoccuper que des soins curatifs des 52 dents de l'être humain, en négligeant le soins préventifs, a pour conséquence directe d'augmenter les dépenses dentaires des services sociaux odonto-stomatologiques dans des proportions considérables.

4°— d'instaurer dans tous les pays qui possèdent des services sociaux odonto-stomatologiques, en parfait accord avec leurs organisations dentaires professionnelles, grâce aux fonds dont disposent ces services sociaux odonto-stomatologiques, des organisations de dépistage (case-finding) précoce de la carie dentaire infantile.

5°— d'envisager, dans le respect de la liberté d'exercice des Praticiens, les systèmes les plus pratiques et les plus efficaces de soins dentaires infantiles.

6°— d'inviter les Commissions compétentes de la F.D.I. à intensifier leur action, tant en ce qui concerne les travaux scientifiques sur la recherche de l'étiologie des maladies bucco-dentaires que sur la recherche des moyens à mettre en oeuvre pour organiser le dépistage et les soins des maladies bucco-dentaires.

7°— de veiller à ce que l'action de l'Organisation Mondiale de la Santé, en matière de prévention des maladies bucco-dentaires, soit conforme à la doctrine de la F.D.I.

\* \* \*

L'aspect économique et social des soins préventifs et sociaux aurait mérité un bien plus grand développement. Nous avons désiré demeurer dans le cadre du temps qui nous a été dévolu et en réalité beaucoup de nos Confrères jugeront ce rapport bien insuffisant.

Nous en avons conscience... Si nous avons accepté de traiter cette question au cours du Congrès Jubilaire des trois grandes Associations néerlandaises, c'est en raison même des efforts qui ont été accomplis

par nos Confrères hollandais dans le domaine des soins préventifs à la belle jeunesse de ce pays ami.

Puisse notre modeste contribution à l'amélioration de la Santé dentaire mondiale être un élément d'harmonisation professionnelle entre tous les Praticiens qui, au service de la Santé Publique, aiment à se pencher sur l'enfance.