HAL
open science

La carie précoce de l'enfant : le point de vue des sages-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin

Marie Theillaud

To cite this version:

Marie Theillaud. La carie précoce de l'enfant : le point de vue des sages-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin. Chirurgie. 2016. dumas-01285427

HAL Id: dumas-01285427

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01285427v1

Submitted on 9 Mar 2016

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.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2016 N°15

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Marie THEILLAUD

Née le 11 Octobre 1990 à Bordeaux

Le 3 Mars 2016

La carie précoce de l'enfant : le point de vue des sages-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin

Directeur de thèse

Docteur Noëlie-Brunehilde THEBAUD

Membres du Jury

Président	Mme V. DUPUIS	Professeur des Universités
Directeur	Mme NB. THEBAUD	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Mme J. NANCY	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Mme A. AUSSEL	Assistant Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/11/2015

Président	M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme ORIEZ-PONS Dominique	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse 58-02

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et l'expression de notre profond respect.

A notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Noëlie-Brunehilde THEBAUD

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Sciences Biologiques 57-03

Nous vous remercions d'avoir dirigé cette thèse, avec patience et professionnalisme. Nous vous remercions également pour votre aide tout au long de ce travail, et pour le temps que vous y avez consacré, ainsi que pour votre soutien durant ces années de clinique à Saint-André. Veuillez trouver dans ce travail notre sincère reconnaissance et tout notre respect.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Javotte NANCY

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et nous en sommes honorées. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre investissement et pour tous les conseils prodigués au long de ce travail, notamment pour l'analyse des réponses aux questionnaires. Nous tenons également à vous remercier pour votre soutien pendant ces deux années de clinique à Saint-André. Nous vous prions de trouver dans ce travail l'expression de notre plus profond respect.

A notre Assesseur

Madame le Docteur Audrey AUSSEL

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous-section Sciences Biologiques 57-03

Vous avez accepté de juger cette thèse et nous vous en remercions. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

A toutes les personnes qui ont participé à ce travail :

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont transmis et diffusé nos questionnaires :

- **Madame Olivia RUFAT** (cadre supérieure de santé au pôle pédiatrie de Pellegrin)
- **Madame AUSSEL**
- **Madame Amandine LAVAUD** (Docteur en Chirurgie Dentaire) et sa sœur **Clémentine LAVAUD** (sage-femme au CHU de Pellegrin)
- **Madame Raphaëla CARCIENTE** (sage-femme au CHU de Pellegrin)
- **Madame Aurélie BOYER** (infirmière puéricultrice à la PMI de la MDSI de Bordeaux Saint-Augustin)
- **Les différents Conseils de l'Ordre des Sages-Femmes de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin**
- **Les différents Conseils Généraux de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin**

Nous remercions particulièrement toutes les **sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puéricultrices** qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

A mes parents

Parce que vous avez toujours été là pour moi, dans les bons comme les mauvais moments (vive la P1 hein ?!) et que sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Ce travail est autant le vôtre que le mien. Je vous aime.

A Papi et Mamie

Depuis le début de mes études, vous m'avez toujours soutenue et je suis très heureuse que vous soyez là aujourd'hui pour partager ce moment avec moi.

A mon Samy

Parce que tu es tout pour moi et que tu me supportes tous les jours, dans la joie et la bonne humeur, et que je ne te remercierai jamais assez pour cela… Tu m'as beaucoup aidé dans ce travail, tant psychologiquement que concrètement (merci l'imprimerie nationale ! sans oublier ton aide précieuse pour Word et Excel). Une nouvelle vie commence après la thèse, alors tiens-toi prêt ! Je te dédie ce travail, avec tout mon amour.

A Christian et Martine

Merci à vous d'être toujours là quand on a besoin de vous. Vous ne pouvez pas être avec nous ce soir mais je sais que le cœur y est. Une pensée aussi à Aurélie, Adrien & Grazi et Raphaël & Mathilde.

A Aurélien & Amandine

Je vous admire, et vivement cet été qu'on fasse la fête en votre honneur !

A Clara, ma sœur chérie

Merci de me supporter depuis 23 ans. A quand notre prochain voyage entre filles (avec maman bien entendu)?!

Aux gossip : Fiona, Maga, Lolo, et Barbouz

Merci pour toutes ces années dentaires passées ensembles : on en a fait du chemin, depuis le stage infirmier à Haut-Lévèque, en passant par les WEI, les rallyes, la coloc, le Touquet, Mayotte et j'en passe… Et j'espère que cela ne fait que commencer et que l'on a encore beaucoup à partager !

A mes supers copains de tous les temps : Soso, Claire, Camille, Margaux, Emmanouette, Pierrot et compagnie :

Je vous aime tout simplement. Merci d'être toujours là, dans les bons et les mauvais moments. Je n'ai pas été trop présente ces derniers temps, mais ne vous inquiétez pas, je compte bien me rattraper maintenant que la thèse est passée !

A ma Laurette

Parce que même avec les années, et la distance qui nous sépare aujourd'hui, tu comptes toujours beaucoup pour moi. Je sais que tu aurais voulu être là mais ne t'inquiète pas, je sais que le cœur y est !

A ma Victoria chérie

Après toutes ces années, notre amitié est intacte, et même si l'on ne se voit pas souvent, je sais qu'on peut compter l'une sur l'autre, alors MERCI ma Vic…

A Méghane

Parce que tu es ma plus vieille copine (ça fait combien de temps déjà ? Presque 20 ans !). J'espère que cette amitié n'est pas prête de s'arrêter.

A mes supers binômes : Cécile et Vanessa

Merci d'avoir été des supers binômes à l'hôpital : Cécile, tu m'as beaucoup appris pendant ma 4ème année à X-A, et toi Vanessa, j'espère t'avoir transmis quelques astuces pour la clinique, et surtout le goût pour la pédo !

A Marie

Parce que même si on ne se connait pas depuis très longtemps, on a beaucoup de points communs (à commencer par nos prénoms… et nos chéris !). Je t'apprécie beaucoup et je suis ravie que tu sois là avec moi aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **4**

TABLE DES MATIERES **8**

ABREVIATIONS UTILISEES **10**

TABLE DES FIGURES **11**

1. INTRODUCTION **12**

2. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS ... **13**

2.1. INTRODUCTION 13
2.2. LA CARIE PRECOCE DE L'ENFANCE 13
2.2.1. Définition *13*
2.2.2. Epidémiologie *14*
2.2.3. Clinique *14*
2.2.4. Répercussions *16*
2.3. LES TROUBLES DE L'ERUPTION DENTAIRE 17
2.4. LES TRAUMATISMES DENTAIRES 18
2.5. LES DYSMORPHOSES 20
2.6. LES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT AUPRES DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS ET DE LEURS PARENTS 21
2.6.1. La sage-femme *21*
2.6.2. Les Médecins : pédiatres et médecins généralistes *23*
2.6.3. La puéricultrice *24*
2.6.4. L'auxiliaire de puériculture *26*
2.6.5. La PMI : centre de Protection Maternelle et Infantile *27*
2.6.6. Le chirurgien-dentiste *27*

3. ETUDE VISANT A RECUEILLIR ET ANALYSER LE POINT DE VUE DES SAGES-FEMMES, DES PUERICULTRICES ET DES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE EN MATIERE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS **29**

3.1. INTRODUCTION 29
3.1.1. Contexte – étude préliminaire *29*
3.1.2. Hypothèse *29*
3.1.3. Objectifs de l'étude *30*
3.2. MATERIEL ET METHODES 30
3.2.1. Questionnaires *30*
3.2.2. Recueil et analyse des données *33*
3.2.3. Population de l'étude et critères d'inclusion *34*
3.3. RESULTATS 34
3.3.1. Réponses aux questions fermées (questions 1-3-4-5-6) *34*
3.3.2. Réponses aux questions ouvertes (questions 2 et 4) *38*
3.4. DISCUSSION 47
3.4.1. Question 1 : Parlez-vous de santé bucco-dentaire lors de vos entretiens ? *47*

3.4.2. Question 2 : Pouvez-vous citer des facteurs étiologiques de la carie ? 48
3.4.3. Question 3 : Parlez-vous de la santé bucco-dentaire à la mère ou future mère ? 52
3.4.4. Question 4 : Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ? 53
3.4.5. Question 5 : Connaissez-vous l'expression « syndrome du biberon » ? 54
3.4.6. Question 6 : Savez-vous diagnostiquer les premiers signes de carie ? 54
3.4.7. Remarques éventuelles 54
3.5. LIMITES 56
3.6. CONCLUSION DE L'ETUDE 56
3.7. LES REPONSES AUX DIFFERENTES QUESTIONS 58
3.7.1. Question 1 : Parlez-vous de santé bucco-dentaire lors de vos entretiens ? 58
3.7.2. Question 2 : Pouvez-vous citer des facteurs étiologiques de la carie? 60
3.7.3. Question 3 : Parlez-vous de la santé bucco-dentaire à la mère ou future mère ? 63
3.7.4. Question 4 : Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ? 64
3.7.5. Question 5 : Connaissez-vous l'expression « syndrome du biberon » ? 64
3.7.6. Question 6 : Savez-vous diagnostiquer les premiers signes de carie ? 64
4. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES 65
5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66
ANNEXES 71
ANNEXE 1 : ETUDE PRELIMINAIRE MENEE AU SERVICE D'ODONTOLOGIE A L'HOPITAL SAINT-ANDRE DE BORDEAUX ENTRE JANVIER 2013 ET AVRIL 2015 ANALYSANT LES MOTIFS DE CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS. 71
ANNEXE 2 : ANALYSES DE CONTENU – FACTEURS ETIOLOGIQUES 78
ANNEXE 3 : ANALYSES DE CONTENU – LIEN ALLAITEMENT / CARIE 83
ANNEXE 4 : ANALYSES DE CONTENU - REMARQUES 86
ANNEXE 5 : SCHEMA DE KEYES 89
ANNEXE 7 : TABLEAU RESUMANT LES CONSEILS POUR LA SANTE BUCCODENTAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS (74). 90

ABREVIATIONS UTILISEES

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAP	Association Nationale des Auxiliaires de Puériculture
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BBD	Bilan Bucco-Dentaire
CAO	Nombre de dents Cariées, Absentes pour cause de caries ou Obturées
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPE	Carie de la Petite Enfance
CPES	Carie de la Petite Enfance Sévère
ECC	Early Childhood Caries
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SCI	Significant Caries Index
SFOP	Société Française d'Odontologie Pédiatrique
S. mutans	Streptococcus mutans
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Résultats des réponses obtenues à la question 1 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées 35
Figure 2 : Résultats des réponses obtenues à la question 3 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées 35
Figure 3 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées 36
Figure 4 : Résultats des réponses obtenues à la question 5 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées 37
Figure 5 : Résultats des réponses obtenues à la question 6 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées 37
Figure 6 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les sages-femmes (répartition par item) 38
Figure 7 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les sages-femmes (répartition par catégorie) 39
Figure 8 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les puéricultrices (répartition par item) 40
Figure 9 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les puéricultrices (répartition par catégories) 41
Figure 10 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les auxiliaires de puériculture (répartition par item) 42
Figure 11: Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les auxiliaires de puériculture (répartition par catégorie) 43
Figure 12 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les sages-femmes (répartition par item) 44
Figure 13 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les sages-femmes (répartition par catégories et sous catégories) 44
Figure 14 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les puéricultrices (répartition par item) 45
Figure 15 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les puéricultrices (répartition par catégories et sous catégories) 46
Figure 16 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les auxiliaires de puériculture (répartition par item) 46
Figure 17 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les auxiliaires de puériculture (répartition par catégories et sous catégories) 47
Figure 18 : Schéma de Fisher-Owens (46) 48

1. INTRODUCTION

La prévalence de la carie dentaire a de nos jours bien diminué. Pourtant, elle reste un problème de santé bucco-dentaire majeur dans la plupart des pays industrialisés, et touche 60 à 90% des enfants scolarisés et la grande majorité des adultes (1). En effet, certains groupes à risque concentrent la plupart des lésions, ce qui fait de la carie dentaire une maladie chronique classée par l'OMS comme le troisième fléau mondial de santé publique après les maladies cardiovasculaires et les cancers (1). On recense aujourd'hui différentes formes cliniques, dont une particulièrement virulente, qui touche les enfants d'âge préscolaire partout dans le monde, et se caractérise par une charge infectieuse massive : anciennement dénommée « Syndrome du biberon », on parle désormais de Carie Précoce de l'Enfance (CPE), afin de dénoter le caractère multifactoriel de la maladie.

Outre cette pathologie infantile ayant des conséquences délétères chez les tout-petits, la santé buccodentaire des jeunes enfants inclut d'autres problématiques, comme les traumatismes dentaires, très fréquents lors de l'apprentissage de la marche, les troubles de l'éruption et enfin les dysmorphoses, souvent associées à des habitudes déformantes comme les succions non nutritives.

Or, il a été démontré que très peu d'enfants consultent un chirurgien-dentiste entre 0 et 3 ans, la moyenne d'âge de la première consultation se situant vers 4 ans et demi (2). Il apparait clairement que le chirurgien dentiste n'est pas le professionnel de santé de premier recours. Les sages-femmes, les pédiatres, les médecins généralistes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture étant les premiers à recevoir les nouveau-nés, puis les enfants, ils sont à même d'informer la maman à un moment-clé de sa disponibilité en matière de prévention buccodentaire.

Puisque la carie de la petite enfance est en constante augmentation et que sa prévention débute avant les premières éruptions dentaires, les professionnels de la petite enfance informent-ils les parents à l'égard de la santé orale de leurs enfants ; et si oui, quel est le message délivré ?

Par l'intermédiaire d'un questionnaire, nous avons réalisé une étude afin de connaitre le message délivré quant à la santé buccodentaire par ces professionnels de santé. Ainsi, le principal objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé liés à l'enfance (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture) à propos de la santé orale du jeune enfant, et en particulier le fléau de la carie précoce de l'enfance, afin de leur délivrer une information claire et précise.

Dans la première partie, nous décrirons la santé buccodentaire chez l'enfant de moins de trois ans, en abordant les différents motifs de consultation rencontrés au cabinet dentaire (carie précoce de l'enfance, troubles de l'éruption, traumatismes dentaires et dysmorphoses) ainsi que le rôle propre des professionnels gravitant autour de la petite enfance. La seconde partie portera sur l'étude réalisée auprès de 217 sages-femmes, 92 puéricultrices et 47 auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin de septembre à novembre 2015, afin de connaitre leur point de vue quant à la carie précoce de l'enfance.

2. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE L'ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS

2.1. INTRODUCTION

Les soins dentaires constituent le besoin de santé le moins pris en compte chez les enfants (3). Cela s'explique par le fait que le pronostic vital est rarement mis en jeu, et par une amélioration générale des indicateurs de santé buccodentaire qui ont tendance à modérer l'intérêt pour cette pathologie. Pourtant, une altération de l'état de santé buccodentaire a des conséquences considérables : troubles de la croissance générale et faciale, de la mastication, de l'élocution, du sommeil, de la concentration, de l'esthétique et de l'image de soi (3).

Trop souvent, les chirurgiens dentistes ne sont consultés que tardivement pour les jeunes enfants. Les professionnels de santé intervenant autour de la petite enfance ont donc un rôle de prévention majeur à jouer auprès des parents et de leurs enfants.

2.2. LA CARIE PRÉCOCE DE L'ENFANCE

Parmi les principaux motifs de consultation des parents, la carie, et notamment la Carie Précoce de l'Enfance, occupe un rang de choix.

2.2.1. DÉFINITION

La carie de la petite enfance, encore appelée Carie Précoce de l'Enfance (CPE) (« Early Childhood Caries » en anglais) est une expression clinique particulièrement virulente de la maladie carieuse, qui touche les enfants d'âge préscolaire et se caractérise par une charge infectieuse massive (4). D'autres termes sont employés pour décrire ce type de caries : « caries du biberon », « caries rampantes », « nursing caries ». Toutefois, on préfère aujourd'hui utiliser la terminologie « carie de la petite enfance » car elle reflète mieux le caractère multifactoriel de l'étiologie et permet d'inclure des pratiques à risque comme l'allaitement prolongé et à la demande au sein, la malnutrition, l'alimentation cariogène de l'enfant, le manque de brossage avec un dentifrice fluoré et la transmission bactérienne mère-enfant ou enfant-enfant (5–7).

Selon l'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD), la CPE se caractérise par « la présence d'au moins une face cariée (lésion avec ou sans cavitation), d'une dent absente (pour cause de carie) ou obturée sur une dent temporaire chez des enfants âgés de 71 mois ou moins » (5,7,8).

Plus particulièrement, on parle de « Carie de la Petite Enfance Sévère » (CPES) pour tous les types de caries considérés comme atypiques, progressifs, aigus ou rampants, et qui se développent rapidement sur les surfaces des dents peu susceptibles de se carier (5). Cette catégorie englobe notamment les lésions carieuses rencontrées sur les surfaces lisses des dents des enfants de moins de trois ans et sur les incisives mandibulaires (7).

2.2.2. EPIDÉMIOLOGIE

La CPE est un problème de santé publique qui continue de toucher des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire à travers le monde**.** Selon les études réalisées dans les pays industrialisés et les pays en voie de développement, la prévalence varie fortement ; Leong et al. ont d'ailleurs noté des différences de prévalence chez les très jeunes enfants allant de 28% à 82% en fonction de la population étudiée (9).

L'étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des enfants québécois de 5-6 ans a montré que dès leur entrée en maternelle, 42% des enfants ont déjà expérimenté la CPE sur leurs dents temporaires, avec en moyenne 3,9 faces dentaires atteintes par la carie (5).

Selon une étude australienne concernant les enfants d'âge scolaire, 47% des enfants de 5-6 ans étaient porteurs de caries, dont 80% étaient actives et non traitées (9)**.**

En 2010, une enquête menée par la Haute Autorité de Santé (HAS), en France, rapporte qu'entre 20 et 30% des enfants âgés de 4 à 5 ans avaient au moins une carie non soignée (10).

Des données plus récentes montrent qu'aujourd'hui 11% des enfants de 2 à 4 ans en France seraient atteints de CPE et que 20 à 30% des enfants concentrent 80% des lésions carieuses. D'ailleurs, en utilisant le Significant Caries Index, qui tient compte du CAO (nombre de dents cariées, absentes pour cause de carie, ou obturées) du tiers le plus élevé, on obtient un chiffre de 4,63, comparable à celui de certains pays en voie de développement (11,12).

Une autre étude a démontré que 6 enfants sur 10 aux Etats-Unis avaient une ou plusieurs dents temporaires cariées ou obturées à l'âge de 5 ans. Selon cette même étude, la CPE serait même devenue la maladie infantile chronique la plus courante des Etats-Unis aujourd'hui (13,14).

La littérature a aussi montré qu'il existe des inégalités sociales quant à la prévalence de la CPE : toutes les études s'accordent sur le fait que les enfants issus d'un milieu socioéconomique défavorisé sont préférentiellement touchés par ce problème (4,5,7,8,10,13,15).

2.2.3. CLINIQUE

La CPE est une maladie précoce et grave, sa progression pouvant être foudroyante et douloureuse. La carie se développe rapidement, le plus souvent juste après l'éruption des dents temporaires (6,15).

Le diagnostic est posé grâce à l'apparence clinique typique associée à la rapidité de l'évolution. Les incisives maxillaires temporaires sont les premières dents atteintes, puis le processus carieux peut s'étendre aux canines et aux faces occlusales des molaires temporaires (4–6,8,15)**.**

Les incisives mandibulaires temporaires sont quant à elles généralement épargnées

étant donné que la langue, en les recouvrant lors du mouvement de succion, les abrite des liquides cariogènes. La sécrétion salivaire, en raison de la proximité des glandes sublinguales et submandibulaires, permet le maintien d'un pH neutre et d'un pouvoir tampon efficace face aux acides produits par la plaque dentaire (5).

Le profil d'attaque de la CPE dépend de trois facteurs : la chronologie de la séquence d'éruption des dents, la durée de l'habitude nuisible à la santé buccodentaire de l'enfant et le type de mouvements musculaires exercés par l'enfant lors de la succion (5).

On distingue quatre stades de la CPE :

- **Le stade initial**

Il se caractérise par des lésions de déminéralisation d'aspect blanc crayeux, opaque, préférentiellement au niveau des surfaces lisses des incisives maxillaires, dans le sens de la ligne gingivale. On peut également rencontrer ce type de lésions sur les faces vestibulaires des molaires ou dans les zones interproximales, là où les dépôts de plaque bactérienne sont importants.

A ce stade, les lésions touchent uniquement l'émail, sans cavitation : elles sont donc réversibles, et une reminéralisation est possible à condition de réduire les facteurs étiologiques et de renforcer les mesures de prévention. Cependant, ces lésions sont rarement décelées par les parents et les médecins qui sont les premiers à examiner la cavité buccale des jeunes enfants. Le diagnostic repose sur l'élimination de la plaque bactérienne et un séchage soigneux des dents (6,8,15)**.**

- **Le deuxième stade**

Si les conditions cariogènes persistent, les lésions progressent rapidement et entrainent un effondrement secondaire de l'émail, laissant apparaitre une dentine jaune et ramollie : c'est le stade de cavitation. On note une atteinte des faces palatines des incisives supérieures et les premières molaires maxillaires présentent des lésions initiales au niveau des zones cervicales, proximales et occlusales.

L'enfant commence à se plaindre d'une grande sensibilité au froid. En regardant la bouche de leur enfant, les parents peuvent remarquer cette cavitation avec changement de couleur, ce qui doit les alerter (6,8,15).

- **Le troisième stade**

Il se caractérise par des lésions importantes et profondes des incisives maxillaires, souvent accompagnées d'atteintes pulpaires.

L'enfant se plaint de douleurs à la mastication et lors du brossage, ainsi que de douleurs spontanées la nuit (6,8)**.**

- **Le quatrième stade**

Il s'agit d'une atteinte sévère qui se définit par une fracture coronaire des incisives

maxillaires, qui fait suite à la destruction amélodentinaire cervicale. A ce stade, toutes les dents ou presque portent des caries rampantes, y compris les incisives mandibulaires, et les incisives maxillaires sont nécrosées dans la plupart des cas (6,15) .

L'enfant souffre sans être capable de se plaindre de maux de dents, il dort peu et refuse de se nourrir (6).

Le diagnostic positif de la CPE est facile à poser et repose sur trois points : un interrogatoire des parents afin d'analyser les facteurs de risque, un examen clinique rigoureux associé à un examen radiographique (6). Malheureusement, les enfants sont rarement diagnostiqués à un stade précoce, car pour la plupart des parents comme des professionnels, la présence de tâches blanches sur les dents ne signifie pas « carie » (15).

2.2.4. RÉPERCUSSIONS

La CPE peut avoir de graves conséquences immédiates mais également à plus ou moins long terme, tant locales atteignant la dent ou le germe sous-jacent, que générales affectant le développement général de l'enfant.

2.2.4.1. Répercussions locales

Les complications infectieuses sont fréquentes chez les enfants atteints de CPE et constituent souvent le motif de consultation. Elles succèdent à la nécrose pulpaire : ce sont des atteintes pulpo-parodontales retrouvées sous deux formes cliniques : la forme aiguë avec installation courante d'une cellulite, la présence d'adénopathies, de mobilité des dents en cause et d'altération de l'état général. La forme chronique est plus fréquente, et se manifeste par une congestion de la muqueuse gingivale, une parulie ou encore une fistule en regard de la dent causale. Selon la sévérité de l'atteinte, l'infection peut s'étendre aux germes des dents définitives et causer des lésions irréversibles, telles que des hypoplasies, des dyschromies, l'arrêt du développement de la future dent définitive, ou un kyste folliculaire refoulant le germe (6,8).

On retrouve également des complications fonctionnelles. En effet, la perte des dents parfois inévitable peut causer non seulement des problèmes orthodontiques et esthétiques, mais peut aussi engendrer des troubles de la déglutition ainsi que des difficultés dans l'acquisition de la phonation (3,6,8). L'absence de calage antérieur, associée à une position trop basse de la langue entraine un proglissement mandibulaire (8).

Enfin, les incisives maxillaires étant très souvent touchées par la CPE, le préjudice esthétique en est d'autant plus important (3,8).

2.2.4.2. Répercussions générales

Des complications infectieuses à distance peuvent survenir chez des sujets fragilisés par un état de santé générale déprimée (6).

Les conséquences esthétiques et les difficultés de prononciation peuvent conduire l'enfant à des problèmes psychologiques et relationnels (3,6,8,15).

Selon l'Initiative de Recherche d'Assurance Santé de l'Enfant (CHIRI), les maladies dentaires des enfants seraient responsables de 51 millions d'heures de cours manquées tous les ans aux Etats-Unis (13). Les enfants ayant des douleurs dentaires ont aussi des difficultés à suivre une conversation et à se concentrer, ce qui les empêche de réussir à l'école, entrainant une mauvaise estime d'eux-mêmes (3,7,9,13,14).

Ces enfants présentent souvent des IMC inférieurs à la moyenne : leur croissance et leur développement général sont modifiés en raison des difficultés à dormir et se nourrir (mastication compliquée), à cause de l'infection et de la douleur. De plus, ces enfants sont souvent des respirateurs buccaux : l'absence de respiration nasale entraine ainsi un hypodéveloppement de l'étage moyen de la face, et une susceptibilité aux infections ORL. Par conséquent, la qualité de vie d'un enfant polycarié est souvent très diminuée (6–9,13,15).

De plus, ces jeunes enfants atteints de CPE sont souvent difficiles à prendre en charge, compte tenu de leur âge et de leur appréhension des soins dentaires. Les soins au fauteuil étant longs et traumatisants, le traitement de la CPE est souvent réalisé sous anesthésie générale, l'avantage étant de soigner toutes les dents en une seule fois. Mais celle-ci implique des soins coûteux, ce qui constitue un lourd fardeau pour la société (4,6,8,13). Ainsi, en 1994, le coût du traitement de la CPE chez un enfant a été évalué à plus de 2000 dollars aux Etats-Unis, et les données plus récentes montrent que ces coûts n'ont fait qu'augmenter (4).

Enfin, des études ont montré que les enfants atteints de CPE étaient plus sujets à développer des problèmes dentaires plus tard, y compris les problèmes parodontaux tels que les gingivites et les parodontites : une CPE non traitée est inéluctablement remplacée par une polycarie à l'adolescence (7,9,13,16).

2.3. LES TROUBLES DE L'ÉRUPTION DENTAIRE

L'éruption dentaire se fait généralement entre 6 et 33 mois (3). La plupart du temps, les dents apparaissent dans le même ordre : d'abord les deux incisives centrales mandibulaires, puis les quatre incisives maxillaires et les deux incisives latérales mandibulaires. S'en suivent les poussées des premières molaires temporaires, puis les canines. Les dernières dents à pousser sont les deuxièmes molaires. Vers l'âge de 3 ans, l'enfant possède ses 20 dents temporaires (17).

Toutefois, il existe une variabilité individuelle, elle-même fonction du sexe (les filles étant souvent plus précoces que les garçons), du groupe ethnique ou de l'hérédité familiale. Mais si on schématise, l'éruption peut être :

- **précoce**, voire très précoce (dents néonatales).
- **retardée** (hérédité familiale) ou **perturbée** par des processus pathologiques (kystes d'éruption), des obstacles anatomiques (odontomes, mésiodens, dents surnuméraires…), des événements traumatiques ou dans certains cas de maladies génétiques (trisomie 21) ou de maladies métaboliques (hypo et hyperthyroïdie). On parle d'éruption retardée lorsque l'éruption intervient plus de 6 mois après sa date prévue d'éruption pour les dents de lait, et plus d'un an pour les dents définitives.

- **accélérée** : folliculite expulsive pathologique, d'origine microbienne, avec expulsion des dents peu de temps après leur apparition (3,11,17).

L'éruption dentaire s'accompagne le plus souvent de signes locaux (douleur, inflammation locale, hypersialorrhée) voire généraux (hyperthermie passagère durant quelques jours, troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles du caractère et du comportement…), pouvant être rapidement soulagés par un traitement symptomatique (3,11,17).

En effet, des soins locaux permettent d'apaiser le nourrisson : massage des gencives, anneau de dentition réfrigéré ou linge propre à sucer, boissons fraiches mais non gelées, liquides, gels ou huiles de massage gingivales sans anesthésiques locaux (11,17). Les épisodes fébriles cèdent facilement au paracétamol (11). On peut également proposer de l'homéopathie : *Chamomilla vulgaris* (17).

Il arrive que la poussée dentaire s'accompagne de complications : les parents peuvent alors observer une modification de couleur de la muqueuse autour de la nouvelle dent. Une légère tuméfaction molle, bleue sombre, apparait sur la muqueuse : c'est un kyste d'éruption. Bien souvent, cette poche de sang crèvera spontanément et une intervention chirurgicale n'est que rarement nécessaire (3).

Quoi qu'il en soit, l'enfant doit avoir ses 20 dents temporaires à l'âge de 4 ans. De même, toute absence d'éruption à l'âge de 2 ans doit déclencher une investigation par imagerie ; et toute éruption de dent morphologiquement anormale doit faire l'objet d'une consultation spécialisée (11).

2.4. LES TRAUMATISMES DENTAIRES

De la petite enfance à l'adolescence, la traumatologie dentaire représente une part non négligeable des urgences rencontrées dans les cabinets dentaires et le milieu hospitalier. Avec l'apprentissage de la marche, les premières socialisations en crèche et à l'école maternelle et la pratique de certains sports (vélo, skate board), les petits enfants sont particulièrement touchés. La prévalence des traumatismes dentaires chez les enfants de moins de 7 ans est de 30%, avec un pic de fréquence entre un et trois ans. Dans les deux tiers des cas, il s'agit de garçons et les incisives maxillaires déciduales sont les dents les plus touchées (11,18,19). Par ailleurs, il arrive fréquemment que le diagnostic de CPE soit posé fortuitement au cours d'une consultation d'urgence pour trauma.

La prise en charge d'un enfant traumatisé commence avec l'interrogatoire. On va d'abord procéder à l'anamnèse, qui permet de situer l'enfant dans sa croissance et ses antécédents familiaux et personnels. Il faudra ensuite regarder le carnet de santé, afin de vérifier que les vaccinations soient à jour. L'enfant et ses parents seront interrogés sur l'historique du traumatisme (chronologie, circonstances, nature du choc). Il ne faut pas négliger l'éventualité d'un traumatisme crânien dont les signes cliniques seraient des vomissements, des nausées et une perte temporaire de connaissance. Il faut aussi penser au syndrome de Silverman (de l'enfant battu) (11,18,19).

L'examen clinique est réalisé de façon méthodique : d'abord l'examen du squelette facial, des tissus mous et ensuite l'examen clinique des dents (19).

Puis l'examen radiologique consiste à réaliser des clichés occlusaux puis éventuellement rétroalvéolaires ; la radiographie panoramique (examen compliqué pour un enfant de moins de quatre ans) n'étant utile qu'en cas de suspicion de fractures mandibulaires ou articulaires (18).

Les traumatismes dentaires les plus rencontrés en denture temporaire sont les luxations partielles ou totales avec intrusion, les expulsions et les fractures dentaires (coronaires ou radiculaires) étant plus rares. L'attitude thérapeutique est fonction de la sévérité du cas mais généralement, elle va consister en une abstention thérapeutique pour les contusions simples ou les impactions sans fracture associée, dans l'attente d'une rééruption spontanée (qui doit survenir dans les trois mois). Pour les luxations avec déplacement ou les fractures coronoradiculaires, l'extraction est préconisée, de même que pour les dents trop mobiles. Dans les cas de fracture coronaires avec exposition pulpaire, la conservation de la dent est envisageable seulement si les soins sont réalisables, ce qui dépend du stade physiologique de la dent mais avant tout de la coopération du jeune enfant (11,18).

Les dents temporaires expulsées ne sont jamais réimplantées, au risque d'endommager le germe de la dent définitive sous-jacent (risque de dysplasie). Si l'enfant est jeune, des prothèses pédiatriques sont envisageables (18).

Dans tous les cas, il s'agit d'abord de rassurer, de soulager l'inconfort ou la douleur, de rédiger le certificat médical initial (pour faire état des dégâts observés et préserver l'avenir des dents traumatisées, des homologues, des antagonistes et des dents permanentes) et de mettre en place des suivis cliniques et radiographiques. Dans la prise en charge des traumatismes sur dents temporaires, la priorité du projet thérapeutique est de favoriser l'évolution normale des dents permanentes successionnelles. Il n'est pas toujours nécessaire d'intervenir mais le suivi est indispensable pour anticiper, détecter toute évolution défavorable, même dans des cas qui semblent bénins à la première consultation (19). Les répercussions sur la denture permanente ne seront véritablement connues qu'à l'éruption de celle-ci (11). Elles peuvent être de plusieurs types, allant de la dysplasie coronaire à la dilacération radiculaire. Plus l'accident est précoce dans la vie de l'enfant (avant 2 ans), plus les conséquences sur le germe sous-jacent sont grandes (18,19).

Des complications suite à des traumatismes sur dent temporaire peuvent survenir. Elles se manifestent en ordre de sévérité croissante par :

- <u>Au niveau de la dent temporaire</u> : minéralisation de la pulpe, résorption interne, nécrose pulpaire, résorption externe.

- <u>Au niveau de la dent permanente</u> : la possibilité d'un déplacement du germe, de modifier sa structure, sa morphologie coronaire, coronoradiculaire, ou radiculaire et donc d'engendrer par la suite des difficultés d'éruption de la dent permanente (19).

2.5. LES DYSMORPHOSES

La morphogenèse crânio-faciale et notamment celle des arcades dentaires est un processus long et complexe chez l'enfant. La mise en place des dents (dentures temporaire et définitive) s'étale de 6 mois à 18 ans environ, et s'accompagne de la croissance osseuse. Cette morphogenèse est influencée par des facteurs génétiques, mais aussi par des conditions environnementales. Ainsi, la succion-déglutition, la respiration et la mastication interviennent dans le processus. Les habitudes déformantes de l'enfant peuvent également perturber cette morphogenèse, en particulier la succion d'un doigt (20).

Les fonctions orofaciales jouent un rôle essentiel dans la croissance des arcades dentaires. Toute anomalie dans une ou plusieurs de ces fonctions sur un organisme en croissance entrainera une dysharmonie plus ou moins importante. L'orthopédie dentofaciale précoce modifie la croissance anormale d'une ou plusieurs unités squelettiques. Ces thérapeutiques engendrent des stimulations ou des ralentissements de croissance sur des structures squelettiques ciblées (20).

A la naissance, la succion-déglutition s'effectue par la contraction des muscles péribuccaux et de la langue, et ce jusqu'à l'âge de 3-4 ans. A partir de cet âge, cette fonction est réalisée par les muscles élévateurs de la mandibule, avec une élévation du dôme lingual au palais. Toute persistance du premier mode de déglutition entrainera une déformation des arcades. La phonation peut aussi s'en trouver modifiée par un mauvais positionnement de langue. La respiration joue également un rôle important dans la croissance harmonieuse des arcades. En effet, une respiration buccale entraine un hypodéveloppement du maxillaire, avec parfois des fosses nasales très étroites (20).

Le comportement de succion non nutritive durant l'enfance est commun et normal. Ces habitudes déformantes telles que la succion du pouce ou de la tétine constituent un motif de consultation et d'inquiétude des parents. Pourtant, chez le tout jeune enfant, il ne faut pas chercher à tout prix à arrêter cette succion, qui correspond souvent à un besoin. En revanche, après 5-6 ans, la plupart des enfants qui sucent leur pouce, le font plus par habitude que par besoin. Le port d'un appareillage orthodontique suffira souvent à arrêter cette succion. Il faut ensuite évaluer la sévérité de la malocclusion induite, qui dépendra de la façon dont l'enfant suce son doigt (actif ou passif) et surtout de la fréquence. Les enfants suçant en permanence une tétine ou un doigt doivent faire l'objet d'une prise en charge plus précoce (3,20). En effet, il semble que ce soit surtout l'usage prolongé et intensif de la tétine au-delà de l'âge de trois ans qui soit responsable de ces déformations. Pour éviter cette conséquence, il est proposé de diminuer l'usage de la tétine dès l'âge de deux ans et de l'arrêter vers l'âge de quatre ans (21).

Les anomalies d'arcades peuvent exister dans les trois sens de l'espace : transversal, vertical et sagittal.

- <u>Dans le sens transversal</u>, l'anomalie la plus fréquente est l'articulé inversé unilatéral au niveau molaire, dont l'étiologie est plurifactorielle. Si cette anomalie n'est pas prise en compte, elle aboutira à une asymétrie mandibulaire vraie (20).

- <u>Dans le sens vertical</u>, on rencontre le plus souvent une insuffisance de recouvrement des incisives maxillaires sur les incisives mandibulaires : on parle de « béance ».

Celle-ci est toujours d'origine fonctionnelle, et souvent provoquée par la succion d'un doigt ou de la tétine, avec la langue en position basse. Elle peut également se rencontrer chez les respirateurs buccaux. Dans la majorité des cas, un simple arrêt de l'habitude déformante ou de l'anomalie fonctionnelle permet le retour à une arcade normale. Parfois, une rééducation (orthophonie ou kinésithérapie faciale) est aussi nécessaire. On peut rencontrer l'anomalie inverse, c'est-à-dire un excès de recouvrement, ou « supraclusie » : celle-ci n'est corrigée qu'en cas de gêne (20).

- Les anomalies du sens sagittal regroupent les rétromandibulies et les promandibulies. Ces anomalies doivent être diagnostiquées très tôt (dès 4-6 ans) pour pouvoir les appareiller et profiter du potentiel de croissance encore existant à cet âge (20).

On peut également rencontrer d'autres problèmes associés, comme les problèmes d'encombrement dentaire ou des enfants ayant perdu des dents de lait précocement (le plus souvent pour cause de carie) pour lesquels il sera nécessaire de réaliser des prothèses pédiatriques afin de rétablir une esthétique et une mastication correcte, mais aussi pour maintenir l'espace nécessaire à l'évolution des futures dents définitives (20).

L'éducation fonctionnelle est indispensable à tout traitement orthodontique. Elle permet, en utilisant correctement le potentiel de croissance, de réduire la durée du traitement fixe ultérieur, et d'améliorer ainsi le confort du patient. Elle résout également les problèmes fonctionnels, apportant ainsi un bien-être global pour l'enfant (22).

2.6. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANT AUPRÈS DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS ET DE LEURS PARENTS

De la naissance à 18 ans, les enfants et les adolescents représentent actuellement près de 25% de la population en France. Leur santé physique, mentale et sociale repose sur une prise en charge globale, associant de multiples acteurs investis dans la prévention primaire et secondaire, l'éducation pour la santé, les soins, l'accompagnement psychologique, familial et social (23).

La médecine de l'enfant représente la somme de toutes les spécialités développées chez l'adulte, mais s'adresse à un être en développement, dépendant de son environnement, présentant des pathologies spécifiques, nécessitant une approche respectueuse des droits de sa personne et de sa famille et favorisant un égal accès à une prise en charge globale de qualité (23).

Le rôle de chacun des acteurs de santé qui prend en charge les enfants doit être clairement défini, accepté par chacun et connu de la population de façon à pouvoir collaborer avec la médecine générale (24).

2.6.1. LA SAGE-FEMME

La sage-femme assure le suivi médical de la grossesse (examen clinique, échographie, surveillance du fœtus, dépistage des facteurs de risque ou des pathologies afin de réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile) ainsi que l'accompagnement psychologique de la

future mère et les séances de préparation à l'accouchement (25,26).

La sage-femme possède la responsabilité du déroulement de l'accouchement normal. Après la naissance, elle dispense les soins au nouveau-né et surveille la santé de la mère au cours des premiers jours suivant la naissance. Elle lui communique notamment les informations sur la contraception, et la conseille sur l'hygiène et l'alimentation du bébé (25,27).

Le rôle de la sage-femme est globalement le même quels que soient la fonction et le lieu d'exercice :

- En **secteur libéral** (20% des sages-femmes), elle prend en charge les femmes avant et après l'accouchement, effectue le suivi à domicile des femmes présentant une grossesse à risque, prend en charge le suivi post-natal lors du retour précoce au domicile, du jour de la sortie de la maternité au septième jour de la naissance, sans prescription médicale, et assure la rééducation périnéo-sphinctérienne (25).

- En **secteur hospitalier** (60% en secteur public, et 10% dans le secteur privé), elle suit la grossesse, assure l'accouchement et s'occupe des soins post-nataux pour la mère et son bébé, sous la responsabilité d'un chef de service (25). La sage-femme est en charge de surveiller la mère et son nouveau-né pendant leur séjour à la maternité (service « des suites de couches »), allant de 3 à 4 jours en moyenne en France (pouvant être rallongé si une pathologie venait à se déclarer chez la mère et/ou le nouveau-né) (20).

- En **service de PMI**, son rôle réside essentiellement dans la prévention, notamment lors de la surveillance de grossesse à risque. Elle effectue le suivi pré-et post natal, en collaboration avec des travailleurs médico-sociaux (25).

La sage-femme dispose d'un rôle de prescription de dispositifs médicaux, d'examens et de médicaments selon des conditions clairement définies, et peut être amenée à exercer un rôle sur prescription du médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques (28).

La sage-femme a vu peu à peu ses compétences s'élargir dans le domaine de la prévention, de l'information et de l'éducation. Elle devient ainsi en France un professionnel de premier recours dans le champ de la périnatalité et plus largement, un véritable acteur de la santé publique. En effet, la maïeuticienne peut désormais prendre en charge le suivi gynécologique de prévention des femmes tout au long de leur vie et leur proposer une contraception adaptée à chaque période ; mettre en œuvre des actions de prévention pour les patientes et leur entourage ; devenir un professionnel de santé de premier recours pour une grande partie de ces patientes (29).

Par ailleurs, grâce aux évolutions récentes des textes qui régissent la profession, la sage-femme peut maintenant assurer la totalité du suivi d'une patiente dans le cadre d'une grossesse physiologique : elle assure notamment la première consultation et déclare la grossesse, suit la grossesse, puis le travail, surveille l'évolution de la mère et de l'enfant dans les suites de couches, prescrit la contraception hormonale du post-partum, assure la

rééducation périnéale… Elle accompagne et conseille également les mères en matière d'allaitement maternel ou artificiel (29).

La sage-femme a également un rôle de prévention dans l'éducation des familles. De même, en tant qu'acteur de santé publique, la sage-femme contribue à dépister les addictions et les violences faites aux femmes. Enfin, elle prodigue des conseils et accompagne les futurs parents, les parents, les familles et les adolescents (29).

2.6.2. LES MÉDECINS : PÉDIATRES ET MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les familles recourent plus volontiers au pédiatre ou au médecin généraliste qu'au chirurgien-dentiste pour des douleurs dentaires. Ainsi, parmi les enfants de 1 à 4 ans, 85% sont allés au moins une fois chez un médecin de premier recours et seulement 20% chez un dentiste (3). Pédiatres et médecins généralistes ont donc un rôle majeur à jouer dans la promotion de la santé bucco-dentaire.

2.6.2.1. Le pédiatre

Avant la naissance, le pédiatre n'est pas l'interlocuteur privilégié des futures mères ; il doit donc travailler en collaboration d'une part avec les sages-femmes et obstétriciens de la maternité qui réalisent les consultations, et d'autre part avec les différents professionnels que la femme enceinte peut être amenée à rencontrer (sage-femme à domicile, assistante sociale, puéricultrice). Il a donc davantage un rôle de coordinateur (30).

Seul véritable spécialiste de l'enfant et de sa famille, le pédiatre peut exercer en cabinet de ville, en établissement public ou privé, ou en médecine communautaire (23). En France, un enfant sur cinq a accès à un pédiatre (24,31).

Les missions du pédiatre libéral sont les suivantes :

- Le suivi du développement normal ou pathologique, précédé d'une activité de maternité
- L'éducation pour la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës
- Le diagnostic et/ou la surveillance de certaines pathologies chroniques et rares et des situations de handicap (23).

Les pédiatres de ville ont donc un rôle de premier recours (accès direct des patients de 0 à 16 ans) mais sont aussi les véritables spécialistes de l'enfant en complémentarité avec les médecins généralistes (23).

2.6.2.2. Le médecin généraliste

L'évolution de la démographie médicale renforce le rôle du médecin généraliste comme médecin de premier et parfois de seul recours pour les enfants (32).

En effet, les médecins généralistes contribuent à la prise en charge primaire totale ou partielle de 80% des enfants de plus de deux ans (23,24). L'accès à un généraliste est parfois

plus facile qu'à un pédiatre pour des raisons démographiques, géographiques, structurelles ou socioéconomiques. Cependant, il est clair que la formation initiale des généralistes ne peut être comparée à celle d'un pédiatre. Une complémentarité est donc impérative entre les généralistes et les pédiatres ambulatoires et doivent rester en lien avec la PMI (23).

Comme mentionné plus haut, les parents ont plus facilement recours au médecin de famille qu'au dentiste pour leurs enfants : les généralistes doivent donc être en mesure de les informer quant à la santé buccodentaire, et de les orienter vers le pédodontiste lorsque cela est nécessaire. Pour cela, les deux professions doivent entretenir de bonnes relations.

D'ailleurs, Tenenbaum *et al.* ont réalisé une enquête auprès de douze médecins généralistes du réseau ville-hôpital Asdes (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) et treize chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans le bassin de vie du réseau, afin d'analyser la relation entre ces professionnels de santé. Les résultats ont montré que dans la majorité des cas, les chirurgiens-dentistes étaient satisfaits de leur relation avec les médecins et ne souhaitaient pas la modifier, contrairement aux médecins généralistes qui jugeaient cette relation inexistante et souhaitaient la faire évoluer. Cette enquête a mis en évidence un positionnement difficile des médecins généralistes par rapport aux chirurgiens-dentistes, dû en particulier à une méconnaissance de leur domaine de compétences. Souvent, les médecins préfèrent être en relation avec un collègue médecin et adressent plus facilement à un stomatologue. Malheureusement, le cloisonnement qui existe entre les professionnels de santé est responsable d'une insuffisance de coordination et constitue une perte de chance pour les patients. Le décloisonnement des formations entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes apparait nécessaire. Souvent, la consultation dentaire a lieu en urgence lors d'une manifestation douloureuse. Les maladies buccodentaires pourraient être anticipées, diagnostiquées et traitées à un stade précoce, améliorant ainsi de façon globale la santé des individus tout au long de leur vie (33).

2.6.3. LA PUÉRICULTRICE

La formation de puéricultrice est accessible aux infirmières et aux sages-femmes. Celle-ci se déroule en un an. Les puéricultrices ont en charge la santé de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. Leur champ d'intervention couvre plusieurs domaines : soins de maternage, soins infirmiers, alimentation, hygiène, dépistage des pathologies et des troubles de la santé des enfants tant sur le plan somatique que psychoaffectif et social. La particularité des puéricultrices est le travail en collaboration avec les parents (34).

La puéricultrice est chargée de :

- Promouvoir une qualité d'accueil de l'enfant dès sa conception,
- Promouvoir un milieu de vie adapté à ses besoins dans les différentes structures,
- Contribuer au développement psychoaffectif, à la prévention et à la surveillance médico-sociale de l'enfant,
- Promouvoir la qualité des soins en matière de prévention, de maintien et de réparation de la santé de l'enfant dans une équipe pluridisciplinaire (34).

Le rôle de la puéricultrice varie beaucoup en fonction du lieu d'exercice. Cependant,

elle doit toujours assurer une collaboration avec les membres de l'équipe dans laquelle elle exerce (médecins, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs et psychologues) les missions suivantes :

- Identifier et répondre aux besoins des enfants et de leurs parents, les accompagner vers l'autonomie.
- Promouvoir une politique de santé des enfants.
- Participer à l'administration d'un service ou d'une institution (34,35).

Aujourd'hui, 50% des puéricultrices exercent en milieu hospitalier (maternité, pédiatrie, néonatalogie, chirurgie infantile, réanimation et tous les services recevant les enfants jusqu'à 16 ans, hospitalisation à domicile…), et 50% en secteur extra-hospitalier (lieux d'accueil des jeunes enfants, pouponnières à caractère social, services de protection maternelle et infantile (PMI), service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et centres d'accueil mère-enfant) (34).

- **La puéricultrice de PMI**

Le centre de Protection Maternelle et Infantile est un outil départemental de santé publique de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance. La puéricultrice de PMI informe et conseille dans les domaines de la planification des naissances (rôle d'orientation et d'évaluation des situations de mineures en danger et des violences faites aux femmes), de la maternité (suivi des grossesses et repérage des situations à risque) et de l'enfance (consultation de prévention, soutien à la parentalité…) assurant ainsi une continuité de la prise en charge (36).

La puéricultrice de PMI est un des membres-clés d'une équipe pluridisciplinaire. Elle doit aussi connaitre et utiliser les outils de santé publique. Passant d'un travail par tâches à un travail par projets en équipe et avec les familles, la puéricultrice de PMI participe ainsi à des projets de santé communautaire (36).

En PMI, le champ d'action de la puéricultrice est très varié. Il concerne notamment la surveillance du régime alimentaire du nourrisson, mais aussi le dépistage de troubles lors de bilans en école maternelle. Les troubles sont dépistés au niveau du développement staturo-pondéral et psychomoteur, du comportement éducatif, du langage, de la vision, de l'audition, du développement buccodentaire et des vaccinations (non-conformité). Lors de ces bilans, certains parents en profitent pour faire part des difficultés rencontrées avec l'enfant, et la puéricultrice est là pour leur prodiguer des conseils en matière d'alimentation, d'hygiène buccodentaire, de sommeil, d'éducation… Un autre rôle de la puéricultrice en PMI est le suivi des assistantes maternelles (37).

Dans les centres de PMI, les infirmières puéricultrices répondent à un réel besoin d'accueil, d'écoute, d'observation, de suivi et d'accompagnement des enfants et des familles. Elles mènent des activités de soin, de prévention, de conseils en puériculture, instaurant un soutien à la parentalité, une évaluation, un suivi ou une orientation, si besoin, dans le champ de la périnatalité et de la protection de l'enfance (35).

- **La puéricultrice en maternité**

L'infirmière puéricultrice travaille en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé de la maternité, mais avec son champ de compétences spécifiques (28).

La puéricultrice en maternité est chargée de l'accompagnement de l'enfant dès sa naissance ; elle assure donc essentiellement ses fonctions d'éducation, d'encadrement et d'accompagnement des parents (38). Elle se concentre sur la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille. Son rôle propre auprès des familles est éducatif : les réunions d'informations prénatales, l'accompagnement aux soins quotidiens de l'enfant, l'allaitement maternel, le soutien à la parentalité, l'accompagnement des familles vulnérables, l'organisation des réunions de sortie de maternité, la liaison avec les services de PMI. Elle est attentive au développement harmonieux du nouveau-né et dépiste les éventuels troubles neuro-sensitifs. Elle travaille en étroite collaboration avec les auxiliaires de puériculture, qui sont sous sa responsabilité (28).

L'infirmière puéricultrice est légalement habilitée par le Code de la santé publique à dispenser des soins auprès de la mère et de son enfant (28).

- **La puéricultrice en service de pédiatrie**

Grâce à ses connaissances spécifiques, la puéricultrice en pédiatrie générale accompagne l'enfant dans sa globalité et développe au travers de chaque soin des actions de prévention et d'éducation spécialisée. Son rôle de conseil auprès des parents demeure primordial (39).

La puéricultrice en pédiatrie générale joue un rôle essentiel dans le bon déroulement de l'hospitalisation, grâce à sa disponibilité et son écoute des enfants et de leur famille. Les bénéfices d'une bonne compréhension des différents aspects de la maladie sont indispensables pour diminuer les hospitalisations et les risques de complication liées à la maladie, et ainsi aider l'enfant à grandir avec le moins de gêne possible (39).

Le professeur Marcel Lelong, pédiatre à l'initiative de la création de la profession en 1947, avait d'ailleurs proclamé l'utilité d'une infirmière spécialisée : « la puéricultrice est l'aide sanitaire du pédiatre, elle est l'œil permanent du médecin, en pédiatrie et à domicile » (35).

Du fait de la démographie actuelle (la France possède un des indices de fécondité les plus forts de l'Union Européenne), la profession d'infirmière puéricultrice doit faire face à de nouveaux besoins en santé de la population, au moment où la démographie médicale des pédiatres n'est plus suffisante (35).

2.6.4. L'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

L'auxiliaire de puériculture travaille dans le cadre du rôle propre de l'infirmier ou de la puéricultrice, en collaboration avec lui (ou elle) et sous sa responsabilité. Elle réalise des activités d'éveil et des soins visant au bien-être, à l'autonomie et au développement de l'enfant, dans une approche globale de celui-ci (40,41).

Le rôle de l'auxiliaire de puériculture varie selon le lieu d'exercice, mais ses activités regroupent essentiellement :

- Prendre soin de l'enfant dans ses activités de la vie quotidienne, de la naissance à l'adolescence.
- Observer l'enfant et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé et à son développement.
- Aider l'infirmier ou la puéricultrice à la réalisation de soins.
- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de l'enfant et des matériels de soins et ludiques.
- Recueillir et transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins et des activités.
- Accueillir, informer, accompagner l'enfant et sa famille.
- Réaliser des activités d'éveil, de loisirs et d'éducation avec l'enfant (40).

Aujourd'hui, 60% des auxiliaires de puériculture exercent en structure d'accueil de jeunes enfants (crèches collectives et familiales, haltes-garderies…) et 40% à l'hôpital (maternité, pédiatrie, néonatalogie, chirurgie infantile et tous les services recevant des enfants jusqu'à 16 ans) ou dans des structures sanitaires (service de PMI et service de l'ASE) (40,41).

2.6.5. LA PMI : CENTRE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE[1]

Dépendant du Conseil Général, la PMI réalise les 20 consultations et examens de dépistage de 0 à 6 ans qui s'adressent gratuitement à la population. La PMI couvre 10 à 15% des enfants, surtout dans les populations en situation de précarité. La PMI mène des actions collectives de promotion de la santé en faveur des futurs parents, des femmes enceintes, de la petite enfance, de l'éducation pour la santé, et du suivi des enfants adoptés (23).

2.6.6. LE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le dépistage des affections buccodentaires et des facteurs de risque est une mission des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes. Ces derniers sont donc susceptibles, dès lors qu'ils détectent un point d'appel, d'adresser les patients chez le chirurgien-dentiste. Parallèlement, les chirurgiens-dentistes ont un rôle important dans le dépistage de maladies organiques. Ainsi les réseaux de santé ont pour mission une prise en charge adaptée de la personne grâce à la coordination des acteurs et aux procédures de partage de l'information (33).

---

[1] « La **Protection maternelle et infantile**, ou **PMI**, est un système de protection de la mère et de l'enfant, créé en France par une ordonnance du 2 novembre 1945 voulue par le ministre de la Santé François Billoux. Cette création fut très largement inspirée par l'*Association Alsacienne et Lorraine de puériculture*, créée en 1920 par le pédiatre alsacien Paul Rohmer (1876-1977) » https://fr.wikipedia.org/wiki/Protection_maternelle_et_infantile.

Le chirurgien-dentiste n’est pas le premier professionnel de santé que les parents sollicitent pour leurs enfants. C’est pourquoi, les autres professionnels de santé qui interviennent auprès des enfants devraient pouvoir conseiller les parents parfois démunis, et surtout les orienter vers des chirurgiens-dentistes, en particulier des spécialistes en odontologie pédiatrique.

3. ETUDE VISANT À RECUEILLIR ET ANALYSER LE POINT DE VUE DES SAGES-FEMMES, DES PUERICULTRICES ET DES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS

3.1. INTRODUCTION

3.1.1. CONTEXTE – ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

Dans un premier temps, nous avons souhaité réaliser un état des lieux afin de déterminer pour quel(s) motif(s) les enfants pris en charge en odontologie pédiatrique, avaient été reçus en consultation. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective préalable sur les consultations des enfants de moins de trois ans dans le service d'odontologie de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

Nous avons étudié tous les dossiers papiers des enfants de moins de 3 ans ayant consulté dans le service entre janvier 2013 et avril 2015. Ainsi, nous avons recensé 242 enfants, âgés de 6 mois à trois ans. Sur ces 242 enfants, 129 d'entre eux (soit 53%) étaient atteints de CPE, 59 (soit 24%) consultaient pour la prise en charge d'un traumatisme dentaire, 23 venaient pour un contrôle, 19 pour soigner une carie et 12 enfants ont consulté le service pour une urgence (autre qu'un trauma ou des douleurs suite à une carie). Sur les 129 enfants diagnostiqués CPE, une anesthésie générale a été programmée pour 69 d'entre eux (soit 53%). Les facteurs étiologiques impliqués dans la CPE semblaient relever de l'allaitement prolongé à la demande, de la consommation de boissons sucrées (lait y compris) et du grignotage, et enfin de l'absence ou de l'inefficacité du brossage.

Devant un tel constat, et puisqu'il a été démontré que très peu d'enfants consultent un chirurgien-dentiste entre 0 et 3 ans [moyenne d'âge de la première consultation : 4,5 ans (2)], il semble indispensable d'investir le champ de la périnatalité en rapport avec la santé buccodentaire. Les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture étant les premières à recevoir les nouveau-nés et leurs parents, elles seraient donc à même d'informer la maman à un moment-clé de sa disponibilité en matière de prévention buccodentaire.

Compte tenu de la prévalence de la carie précoce de l'enfant, nous avons choisi de nous consacrer préférentiellement à ce problème dans notre étude.

3.1.2. HYPOTHÈSE

Puisque la CPE est en constante augmentation et que sa prévention débute avant les premières éruptions dentaires, les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture informent-elles les parents à l'égard de la santé orale de leurs enfants ; et si oui, quel est le message délivré ?

3.1.3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

3.1.3.1. Objectif principal

Le principal objectif de cette étude, menée simultanément avec celle de Christelle Barbet-Massin, est, par l'intermédiaire d'un questionnaire, d'évaluer les connaissances des professionnels de santé liés à l'enfance (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pédiatres, médecins) à propos de la santé orale du jeune enfant, et en particulier du fléau qu'est la Carie Précoce de l'Enfance.

Nous nous intéresserons ici aux sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, tandis que Christelle analysera les points de vue des pédiatres et médecins généralistes, dans le cadre de sa thèse d'exercice en Odontologie.

Cette thèse vise avec celle de Christelle Barbet-Massin à toucher les catégories de professionnels qui prennent en charge l'enfant au commencement de sa vie. En effet, la prévention de la CPE débute avant même les premières éruptions du nourrisson.

3.1.3.2. Objectif secondaire

A la suite de cette étude, nous cherchons à cibler le type d'informations que nous pourrons délivrer aux professionnels de la périnatalité et sous quelle forme.

3.2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale concernant les différents points de vue des sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture en matière de santé orale du jeune enfant et plus particulièrement concernant la CPE.

3.2.1. QUESTIONNAIRES

3.2.1.1. Elaboration

Le questionnaire a été élaboré au cours de l'année 2015 par Christelle Barbet-Massin, et avec l'aide du Dr Le Bourgeois-Dehail, dans le cadre de son mémoire d'option « L'enfant de A à Z » en 5ème année. Il a été conçu pour les médecins et les pédiatres. Nous avons donc adapté les questions pour les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture.

Pour des raisons de commodité dans la diffusion, nous avons réalisé ces questionnaires en ligne, via « Google Form », afin que les participants puissent répondre facilement et que la collecte des réponses soit plus aisée.

Ce formulaire comportait six questions. Afin de minimiser au maximum le biais dans les réponses, chaque question apparaissait seule sur une page, et la réponse à la question était obligatoire pour passer à la question suivante. De ce fait, les questions ultérieures ne pouvaient pas influencer les réponses aux premières questions. Une barre de progression a été insérée en bas du questionnaire pour tenir informé du nombre de questions restantes.

De même, nous avons à la fois posé des questions ouvertes et des questions fermées afin de laisser la personne répondre librement. Les questions étaient les suivantes :

1) Parlez-vous de santé bucco-dentaire lors de vos entretiens ?

Par cette question, nous cherchions à savoir si les professionnels de la périnatalité abordaient la santé buccodentaire en général lors de leurs entretiens.

2) Pouvez-vous citer des facteurs étiologiques de la carie ?

Cette question a été posée afin de savoir si les professionnels de santé de la petite enfance connaissaient les facteurs en cause dans la survenue des caries. En effet, la prévention de la CPE passe par le contrôle de ces différents facteurs de risque.

3) Parlez-vous de la santé bucco-dentaire à la mère ou future mère ?

Nous voulions ainsi savoir si la santé buccodentaire de l'enfant ou du futur enfant plus précisément, était évoquée.

4) Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ?

Les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture étant en mesure de conseiller la maman en termes d'allaitement, nous voulions savoir si elles connaissaient les effets du lait maternel vis-à-vis des dents de l'enfant.

5) Connaissez-vous l'expression « syndrome du biberon » ?

Même si cette expression est aujourd'hui un peu désuète et qu'on préfère le terme de « carie de la petite enfance », traduisant mieux le caractère multifactoriel de la pathologie (5–7,14), nous avons volontairement choisi cette expression car c'est le terme le plus répandu et le plus utilisé par les non chirurgiens-dentistes. Pourtant, en se référant à l'expression « syndrome du biberon », on pourrait penser que seul le biberon de lait a des effets néfastes sur les dents. Or, le lait en général, y compris le lait maternel, peut provoquer des caries dans certaines conditions. Par l'intermédiaire de cette question, nous voulions donc savoir si les professionnels de santé de la petite enfance étaient sensibilisés au fléau de la CPE.

6) Savez-vous diagnostiquer les premiers signes de carie ?

Etant donné qu'une prise en charge précoce de la CPE est primordiale, nous voulions savoir si les professionnels de santé de la petite enfance étaient formés au dépistage de la CPE, qui repose sur le diagnostic de signes prodromiques. En effet, plus la maladie est prise en charge tôt, plus les soins seront faciles et rapides et plus il sera aisé de changer les habitudes nuisibles.

7) Remarques éventuelles

Nous avons également ajouté à la fin du formulaire une page pour laisser la place à des remarque(s) ou suggestion(s), ainsi qu'un remerciement pour la participation.

Enfin, chaque personne pouvait laisser son adresse mail afin que l'on puisse la recontacter pour lui transmettre les résultats de l'étude et les conseils à donner aux parents en matière de santé bucco-dentaire.

3.2.1.2. Diffusion

- **Pour les sages-femmes**

Nous avons d'abord contacté les différents Conseils de l'Ordre des Sages-Femmes, à l'échelle nationale, régionale et départementale, afin qu'ils diffusent le questionnaire auprès des sages-femmes de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.

Nous avons également contacté le Collège National des Sages-Femmes, en leur demandant s'ils pouvaient nous transmettre le listing des adresses mails des adhérents, mais ils n'ont pas pu donner suite à notre demande dans la mesure où cela nécessitait l'autorisation préalable de chaque adhérent(e). Ils nous ont conseillé de nous rapprocher du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

Par ailleurs, afin de cibler les sages-femmes de PMI, nous avons également contacté les différents Conseils Généraux qui se sont chargés de diffuser les questionnaires dans les services de santé correspondants.

Puis, devant le peu de réponses récoltées, nous avons collecté sur le site du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, les adresses mails de toutes les sages-femmes libérales référencées des différents départements concernés, auxquelles nous avons directement envoyé le questionnaire. Malheureusement, beaucoup d'adresses mail n'étant pas valides, nous n'avons pas eu le nombre de réponses escomptées.

C'est pourquoi, nous avons fait marcher nos contacts : plusieurs sages-femmes de la région bordelaise ont été sollicitées pour diffuser nos questionnaires auprès de leurs amis(es), collègues, etc., et grâce à leur engouement et aux réseaux sociaux, nous avons finalement obtenu un nombre important de réponses.

- **Pour les puéricultrices**

Nous avons contacté les différents Conseils de l'Ordre Infirmier de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes : ils n'ont pu nous donner une réponse positive dans la mesure où il leur était impossible d'extraire de leurs données uniquement les infirmières puéricultrices. Ils nous ont orientées vers les Conseils Généraux.

Nous avons donc contacté par la suite les différents Conseils Généraux de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes qui ont relayé nos questionnaires vers les coordinateurs du pôle « santé ».

Comme pour les sages-femmes, nous avons ensuite fait marcher notre réseau et avons pu solliciter les puéricultrices qui exercent au CHU à Bordeaux, grâce à la cadre supérieure de santé du pôle pédiatrie à Pellegrin qui a diffusé nos questionnaires.

- **Pour les auxiliaires de puériculture**

A la demande des puéricultrices du CHU, nous avons décidé d'intégrer les auxiliaires de puériculture à notre étude, car elles sont très impliquées à l'hôpital dans les conseils hygiéno-diététiques auprès des parents d'enfants en bas âge. Nous avons ensuite contacté l'ANAP (Association Nationale des Auxiliaires de Puériculture) afin qu'elle participe à notre étude : les questionnaires ont alors été diffusés sur les réseaux sociaux.

Dans la mesure où les questionnaires ont été relayés et diffusés par des intermédiaires, il nous est impossible de calculer le taux de réponses aux questionnaires envoyés car nous ne savons pas combien de personnes ont été sollicitées in fine.

3.2.2. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

L'enquête s'est déroulée entre septembre 2015 et novembre 2015. En effet, les premiers questionnaires ont été envoyés par mail le 16 septembre 2015 et les dernières réponses ont été recensées le 26 novembre 2015.

Pour l'analyse des questions fermées, « Google Form » a calculé automatiquement les différents pourcentages. Nous les avons ensuite rassemblés dans un tableur grâce au logiciel Excel, qui nous a permis d'illustrer les résultats sous forme de graphiques.

Quant aux questions ouvertes (c'est-à-dire la question sur les facteurs étiologiques, la justification du lien entre allaitement et carie et les remarques éventuelles), nous avons procédé à une analyse de contenu c'est-à-dire que nous avons tenté de rassembler toutes les réponses et de les classer en différentes parties et sous parties (42). Pour cela, nous nous sommes basées sur les réponses des puéricultrices, et nous les avons catégorisées en items, eux-mêmes répartis en catégories, sous catégories et contenus. Pour chaque contenu, nous avons ensuite attribué le nombre de réponses correspondantes, et avons calculé les fréquences d'apparition de ces réponses. Ce tableau a servi de référence pour l'analyse de contenu appliquée aux sages femmes puis aux auxiliaires de puériculture.

Pour la première question concernant les facteurs étiologiques de la carie, nous avons classé les réponses en quatre grands items : hygiène bucco-dentaire, succions non nutritives, alimentation et terrain/environnement.

Dans l'item « hygiène buccodentaire », nous avons considéré le moment, la qualité et la fréquence du brossage ainsi que le facteur bactérien (notion d'écosystème déséquilibré), étant donné que cet écosystème non équilibré est néfaste pour un bon état de santé buccodentaire, d'où la nécessité d'un brossage efficace.

Concernant les succions non nutritives, nous avons séparé l'usage de la tétine de celui du pouce.

Pour l'alimentation, nous avons considéré les boissons sucrées, les aliments sucrés, les aliments acides, le moment des prises alimentaires et l'hygiène alimentaire de façon plus générale.

Enfin, dans l'item « terrain et environnement », nous avons regroupé les facteurs intrinsèques (génétique, anomalie de l'émail, facteurs locaux, carences, salive, état général, stress, grossesse) et les facteurs extrinsèques (tabac, alcool, drogue, médicaments, niveau socio-économique, facteur culturel, suivi chez le dentiste).

Après avoir procédé à cette analyse de contenu, les données ont été rentrées dans un tableur Excel qui nous a ensuite permis de faire des graphiques (**annexes 2 – 3 - 4**).

3.2.3. POPULATION DE L'ÉTUDE ET CRITÈRES D'INCLUSION

Au total, notre population regroupe 356 professionnels de santé, dont 217 sages-femmes, 92 puéricultrices et 47 auxiliaires de puériculture, exerçant soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé.

3.3. RÉSULTATS

3.3.1. RÉPONSES AUX QUESTIONS FERMÉES (QUESTIONS 1-3-4-5-6)

Comme nous l'avons vu précédemment, les questions fermées portaient sur le fait ou non de parler de santé buccodentaire, du lien entre l'allaitement et les caries, et des connaissances concernant les lésions carieuses précoces.

Pour des raisons de lisibilité, nous avons choisi de regrouper les résultats des trois professions question par question sur les mêmes graphiques, mais nous ne procèderons pas à une comparaison entre chaque catégorie professionnelle. En effet, n'ayant pas reçu la même formation, et chaque profession ayant des centres d'intérêts propres, il nous est apparu illégitime de les comparer. C'est pourquoi nous procéderons à une analyse intrinsèque à chaque profession.

3.3.1.1. Question 1 : « Parlez-vous de santé bucco-dentaire lors de vos entretiens ? »

Sur les 47 auxiliaires de puériculture interogées, seules onze (soit 23,4%) nous ont confié parler de santé bucco-dentaire aux parents et leurs enfants. Nous retrouvons des chiffres semblables avec les sages-femmes puisque 34,1% d'entres elles affirment parler de santé bucco-dentaire lors de leurs entretiens. Les puéricultrices, quant à elles, sembleraient plus attentives à la santé buccodentaire puisque 80,4% de notre échantillon aborde le sujet en rendez-vous (**figure 1**).

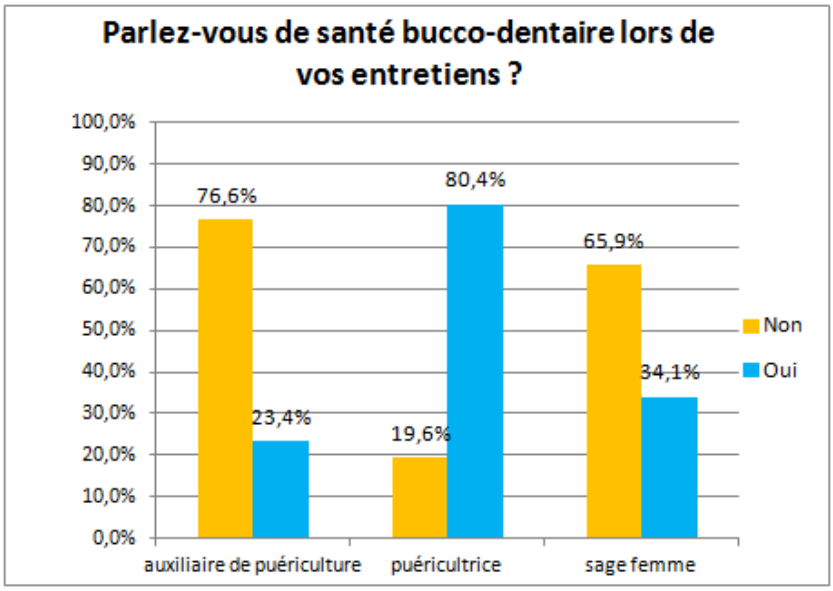


Figure 1 : Résultats des réponses obtenues à la question 1 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées

3.3.1.2. Question 3 : « Parlez-vous de la santé bucco-dentaire à la mère ou future mère ? »

Les réponses à cette question sont moins nuancées. En effet, 36,2% des auxiliaires de puériculture interrogées abordent la santé buccodentaire avec la maman ou la future maman ; chez les sages-femmes, la proportion est un peu plus importante avec 41,5% d'entre elles qui en parlent. Les puéricultrices sont moins unanimes qu'à la question précédente puisque presque 60% d'entre elles (contre 80,4% à la question 1) discutent de santé buccodentaire avec la maman lors de leurs entretiens (**figure 2**).

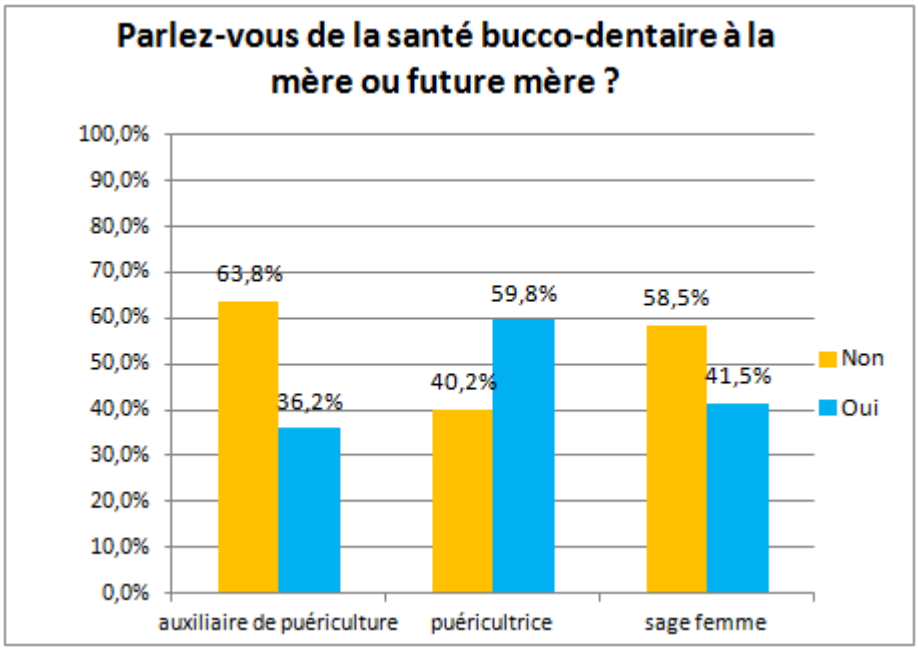


Figure 2 : Résultats des réponses obtenues à la question 3 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées

3.3.1.3. Question 4 : « Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ? »

D'un point de vue général, les trois catégories professionnelles interrogées pensent qu'il n'existe pas de lien entre allaitement et maladie carieuse. En effet, 40 auxiliaires de puériculture (soit 85,1%), 70 puéricultrices (soit 76,1%) et 159 sages-femmes (soit 73,3%) ont répondu par la négative à cette question (**figure 3**).

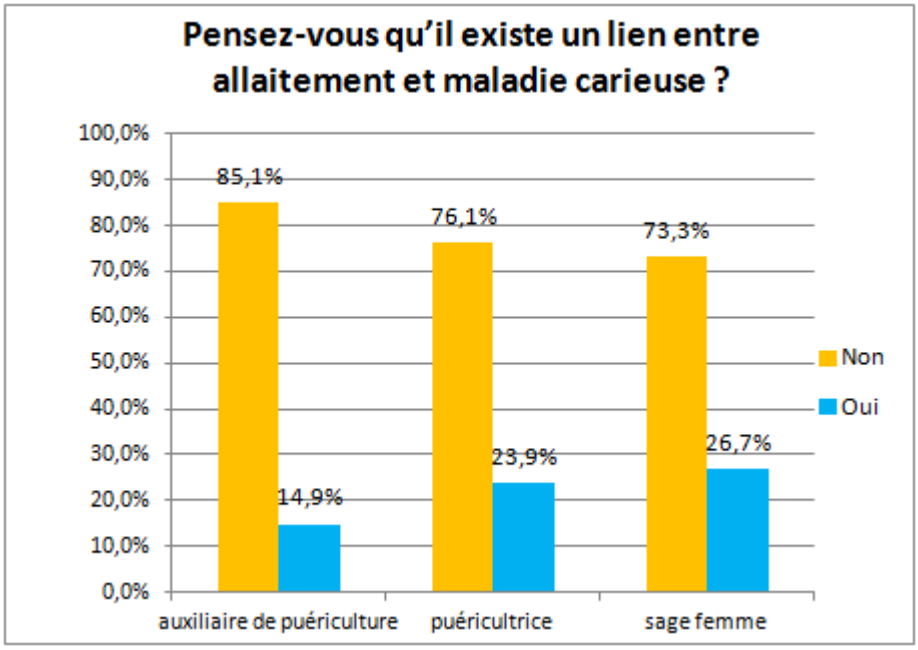


Figure 3 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées

3.3.1.4. Question 5 : « Connaissez-vous l'expression « syndrome du biberon » ? »

74,5% des auxiliaires de puériculture interrogées connaissent l'expression « syndrome du biberon ». Chez les puéricultrices, la majorité semble également connaitre ce terme, puisque 74 d'entre elles (soit 80,4%) ont répondu oui à cette question. Pour les sages-femmes en revanche, cette expression parait plus obscure puisque seulement 31,8% d'entre elles affirment connaitre son sens (**figure 4**).

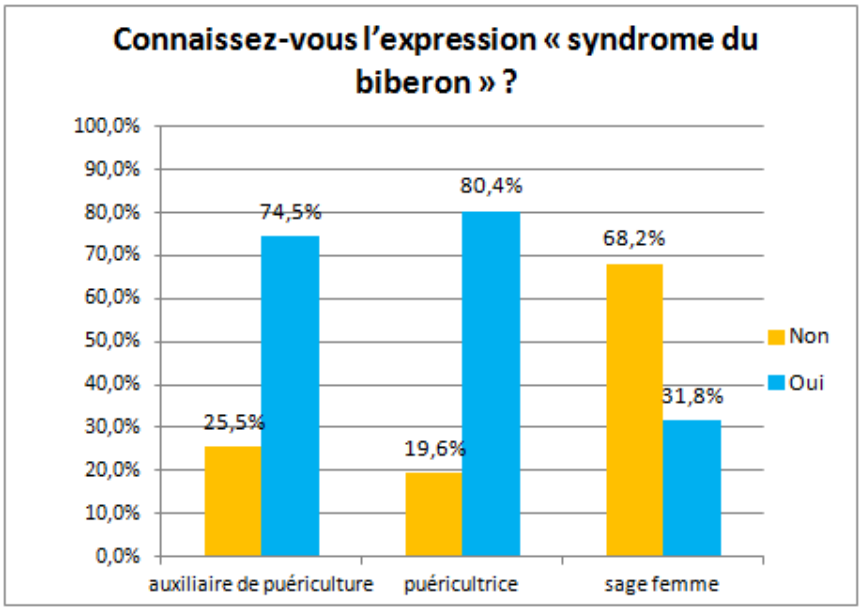


Figure 4 : Résultats des réponses obtenues à la question 5 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées

3.3.1.5. Question 6 : « Savez-vous diagnostiquer les premiers signes de carie ? »

Plus de 61% des auxiliaires de puériculture sondées affirment savoir diagnostiquer les premiers signes de carie. On retrouve la même tendance chez les puéricultrices avec un pourcentage de réponses positives qui s'élèvent à 57,6%. Par ailleurs, plus de la moitié (57,1%) des sages-femmes interrogées avouent ne pas savoir reconnaitre les signes précoces de carie (**figure 5**).

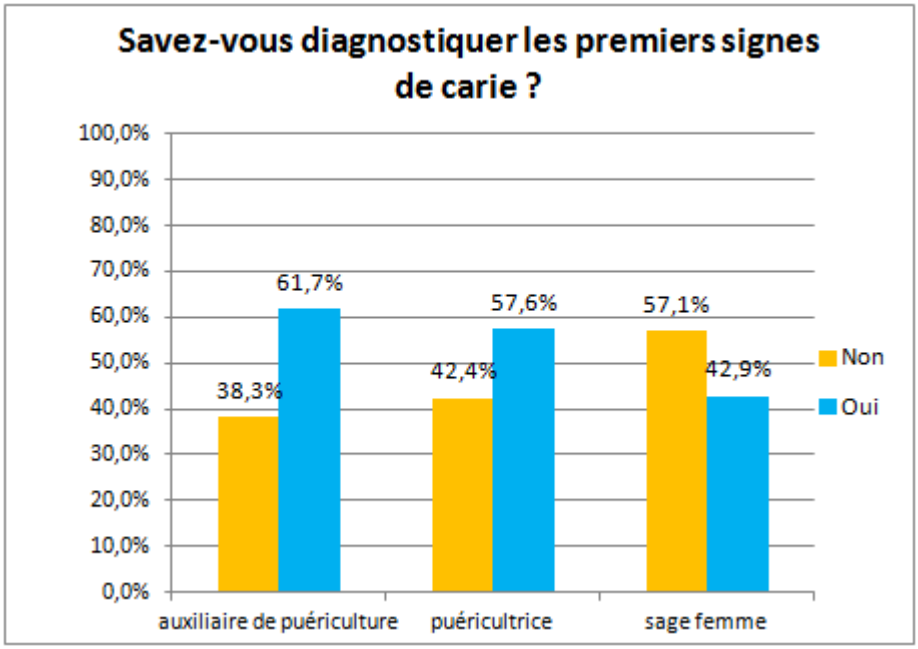


Figure 5 : Résultats des réponses obtenues à la question 6 chez les trois catégories de professionnels de santé interrogées

3.3.2. RÉPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES (QUESTIONS 2 ET 4)

Comme nous l'avons vu, les questions ouvertes traitaient des facteurs étiologiques de la carie et de la nature du lien existant entre allaitement maternel et lésions carieuses.

Pour l'analyse de ces questions ouvertes, comme mentionné plus haut, nous avons procédé à une analyse de contenu, puis à un traitement des données avec le logiciel Excel. Pour le calcul des pourcentages, nous avons préféré, dans un souci de précision, utiliser le nombre total de réponses plutôt que le nombre de personnes ayant participé, car chaque personne a donné une ou plusieurs réponses, ce qui nous donnait un nombre de réponses supérieur au nombre de participants.

3.3.2.1. Question 2 : « Pouvez-vous citer des facteurs étiologiques de la carie ? »

3.3.2.1.1. Réponses des sages-femmes

Sur les 217 sages-femmes interrogées, 199 ont pensé au facteur hygiène buccodentaire, 7 ont cité les succions nutritives, 192 le facteur alimentaire, et 110 le facteur environnemental.

Si on ramène ces données au nombre total de réponses des sages-femmes concernant les facteurs étiologiques (658 réponses), l'alimentation est le facteur étiologique le plus cité (38,8% des réponses), suivi par l'hygiène bucco-dentaire (34,8%), et le facteur « terrain et environnement » pour 25,1% des réponses. Les succions non nutritives apparaissent là encore comme anecdotiques (1,1%). Par ailleurs, deux sages-femmes nous ont confié ne pas être en mesure de citer les facteurs étiologiques (item « ne sait pas » sur le graphique, soit 0,3%) (**figure 6**).

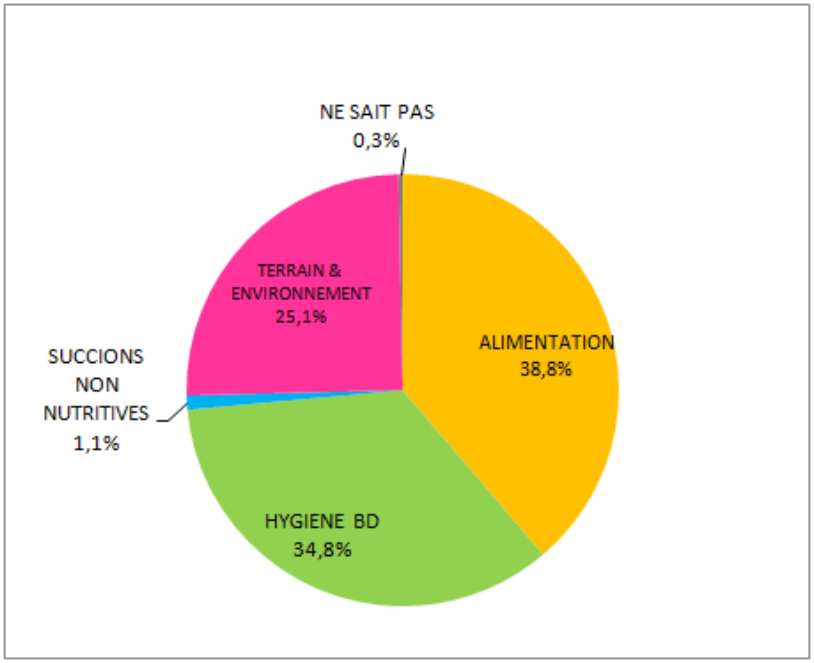


Figure 6 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les sages-femmes (répartition par item)

Si on analyse ces chiffres plus en détails, on s'aperçoit que dans l'alimentation, les aliments sucrés remportent le plus grand taux de réponses (22,9%), suivis de l'hygiène alimentaire (7,1%) et de la consommation de boissons sucrées (4,6%). La fréquence des prises alimentaires n'apparait pas importante pour cette population puisque seulement 19 maïeuticiennes ont pensé à la mentionner (2,9% des réponses). La consommation d'aliments acides est citée de façon dérisoire (1,2%) (**figure 7**).

Dans le facteur « hygiène buccodentaire », c'est l'hygiène buccodentaire en général qui est la plus citée (21,1%) ; quant à lui, le brossage est mentionné dans 9,6% des réponses. Par ailleurs, le facteur bactérien n'est pas non plus pour cette population un facteur déterminant dans l'apparition des lésions carieuses puisque le taux de réponses est de 4,1% (soit 27 réponses) (**figure 7**).

Les succions non nutritives apparaissent accessoires : seule la tétine semble incriminée, et pour un pourcentage de réponses de 1,1% (**figure 7**).

Le facteur environnemental a été mentionné dans 1/4 des réponses (25,1%), dont 7,4% pour les facteurs extrinsèques (tabac, alcool, drogue, médicaments, niveau socio-économique, suivi chez le dentiste), et 17,6% pour les facteurs intrinsèques (génétique, anomalie de l'émail, facteurs locaux, carences, salive, état général, stress, grossesse) (**figure 7**).

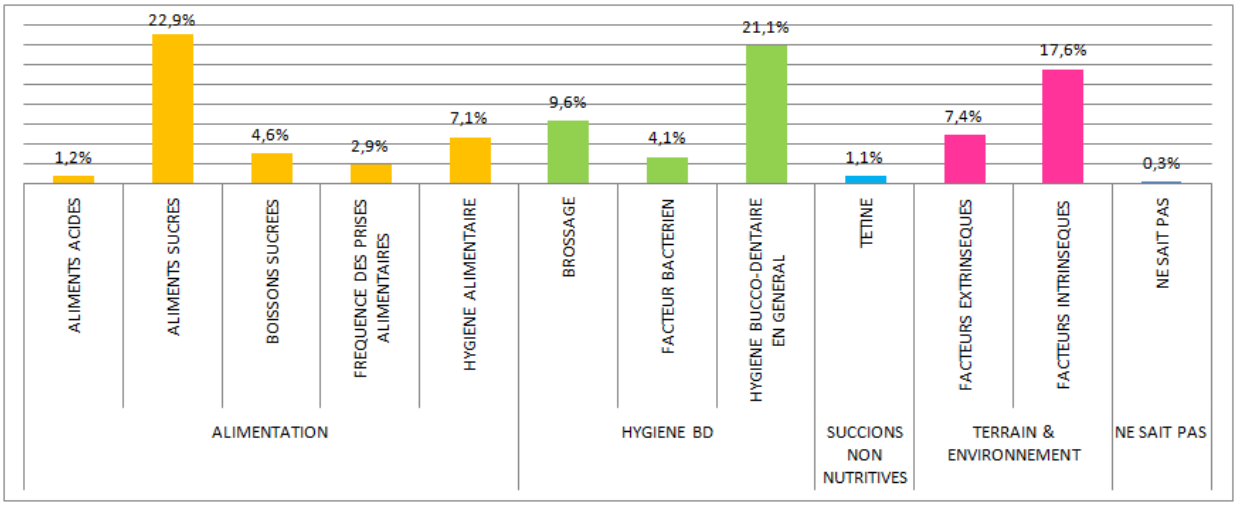


Figure 7 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les sages-femmes (répartition par catégorie)

3.3.2.1.2. Réponses des puéricultrices

Sur 92 puéricultrices interrogées, 73 ont cité le facteur hygiène buccodentaire, 10 ont mentionné les succions nutritives, 88 ont parlé du facteur alimentaire, et 24 ont pensé au facteur environnemental.

Rapportée sur le nombre total de réponses des puéricultrices concernant les facteurs étiologiques (362), l'alimentation est le facteur le plus incriminé, avec presque 60% de réponses. Le deuxième facteur cité en suivant est l'hygiène buccodentaire, avec un taux de réponses de 27,3%. S'en suivent le facteur environnemental (10,2%) et les succions non nutritives (2,8%) (**figure 8**).

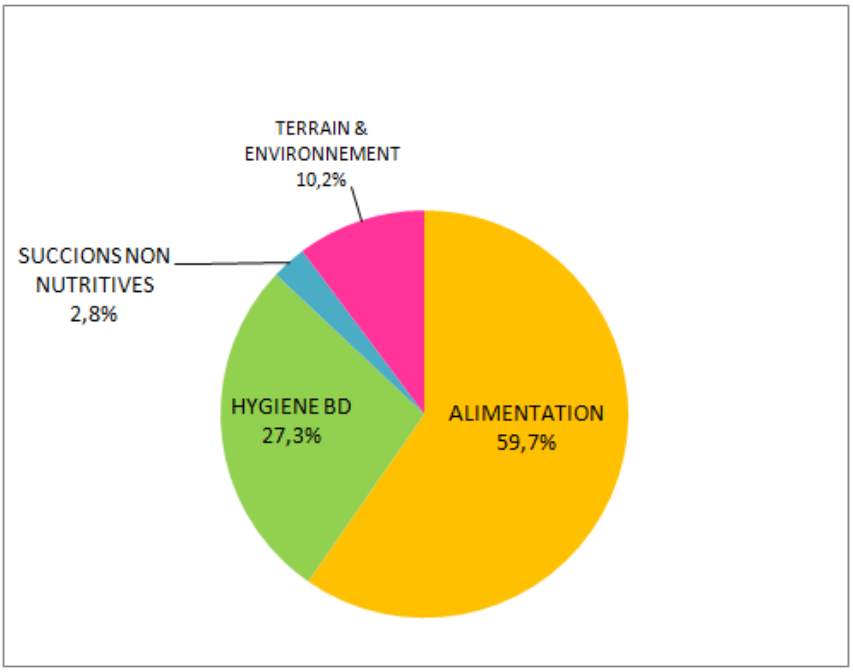


Figure 8 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les puéricultrices (répartition par item)

Plus précisément, concernant l' alimentation, les boissons sucrées sont incriminées pour 33,4% et les aliments sucrés pour 17,4%. En revanche, la fréquence des prises alimentaires et l'hygiène alimentaire en général sont nettement moins citées, avec un taux de réponses d'un peu plus de 4% chacune. La consommation d'aliments acides comme facteur étiologique est mentionnée de façon anecdotique (0,6%) (**figure 9**).

Dans l'item « hygiène buccodentaire », le facteur bactérien n'a été cité que 4 fois (soit 1,1%). Le brossage, quant à lui, a été mentionné dans 15,2% des réponses, et l'hygiène buccodentaire en général dans 11% (**figure 9**).

Les succions non nutritives ont été abordées dans 2,8% des réponses, avec 0,3% pour la succion du pouce et 2,5% pour l'usage de la tétine (**figure 9**).

Enfin, l'item « terrain et environnement » se décompose en facteurs extrinsèques (3,3%) (tabac, alcool, médicaments, niveau socio-économique, facteur culturel, suivi chez le dentiste) et facteurs intrinsèques (6,9%) (génétique, anomalie de l'émail, carences, salive, état général) (**figure 9**).

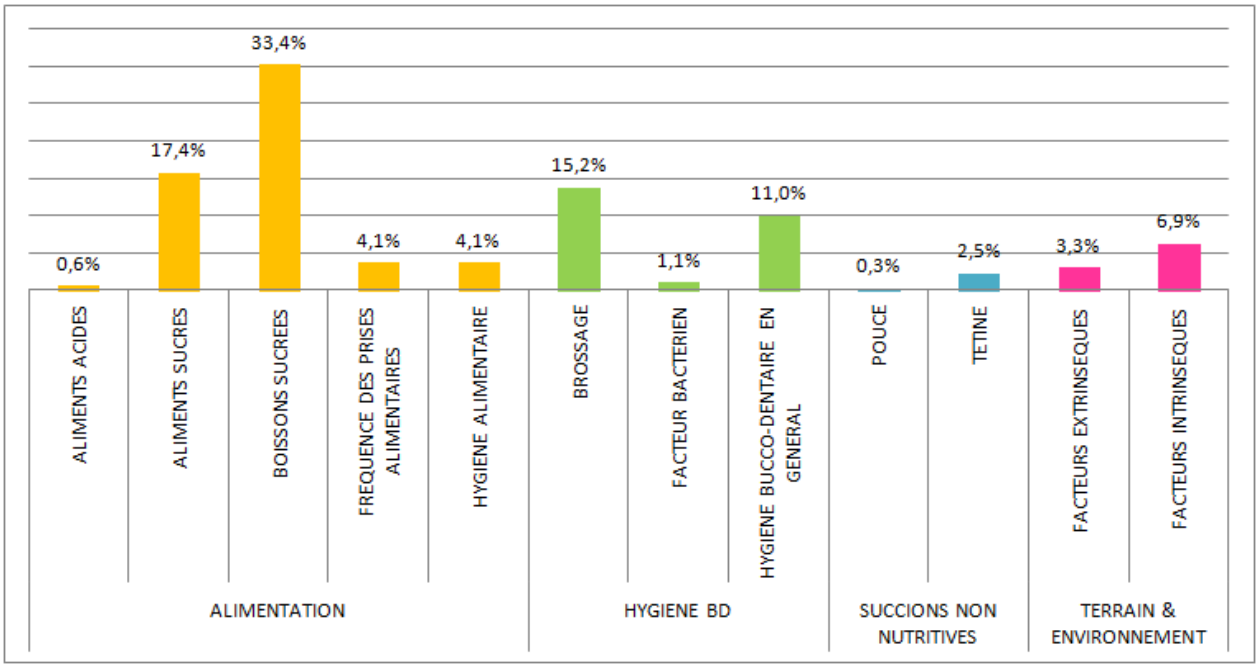


Figure 9 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les puéricultrices (répartition par catégories)

3.3.2.1.3. Réponses des auxiliaires de puériculture

Sur la population de 47 auxiliaires de puériculture, 35 d'entre elles ont incriminé le facteur hygiène buccodentaire, 4 ont cité les succions nutritives, 41 ont pensé au facteur alimentaire, et 13 ont cité le facteur environnemental.

En tenant compte du nombre total de réponses pour cette catégorie professionnelle concernant les facteurs étiologiques (133), on obtient les résultats suivants : le facteur alimentaire est le plus cité avec presque la moitié des réponses (49,6%), s'en suit le facteur hygiène buccodentaire (28,6%), puis le facteur environnemental (16,5%). Les succions non nutritives sont abordées par seulement 4 auxiliaires de puériculture (3,0%). Dans cette population, on retrouve également 3 personnes dans l'incapacité de citer un ou plusieurs facteurs étiologiques de la carie (2,3%) (**figure 10**).

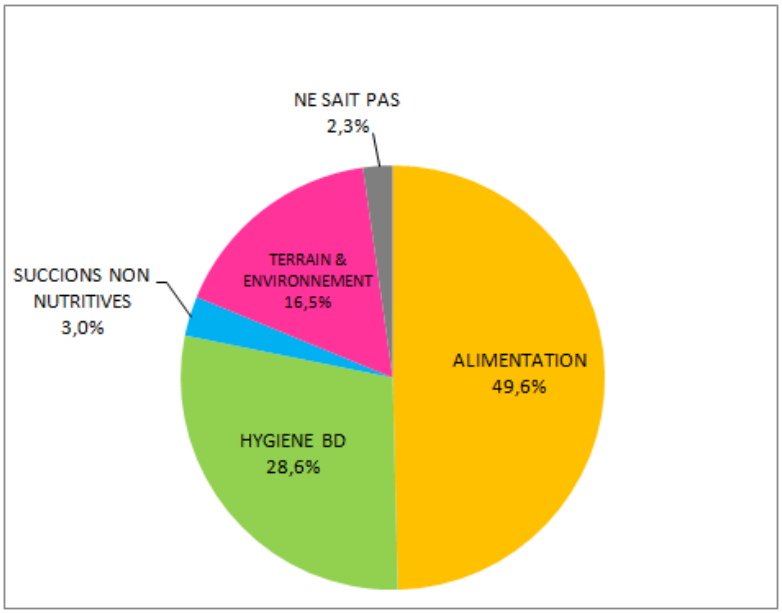


Figure 10 : Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les auxiliaires de puériculture (répartition par item)

Dans le facteur alimentaire, les aliments sucrés sont cités dans 25,6% des réponses, puis viennent les boissons sucrées (16,5%), et ensuite l'hygiène alimentaire (6%). La fréquence des prises alimentaires et la consommation d'aliments acides ne semblent pas importantes pour cette population (0,8% des réponses chacune, soit 1 personne) (**figure 11**).

Dans l'item « hygiène buccodentaire », le brossage est le plus cité (14,3%), et s'ensuit l'hygiène buccodentaire en général (12,8%). Pour cette population, le facteur bactérien ne semble là encore pas être incriminé dans la survenue de la carie puisque seulement deux auxiliaires de puériculture l'ont mentionné (1,5%) (**figure 11**).

Les succions non nutritives, citées 4 fois, apparaissent une nouvelle fois anecdotiques (3% des réponses) (**figure 11**).

Enfin, les facteurs environnementaux extrinsèques (tabac, alcool, niveau socio-économique, facteur culturel, niveau d'information) semblent plus importants (10,5% des réponses) que les facteurs intrinsèques (génétique, anomalie de l'émail, carences, état général, stress) (6%) (**figure 11**).

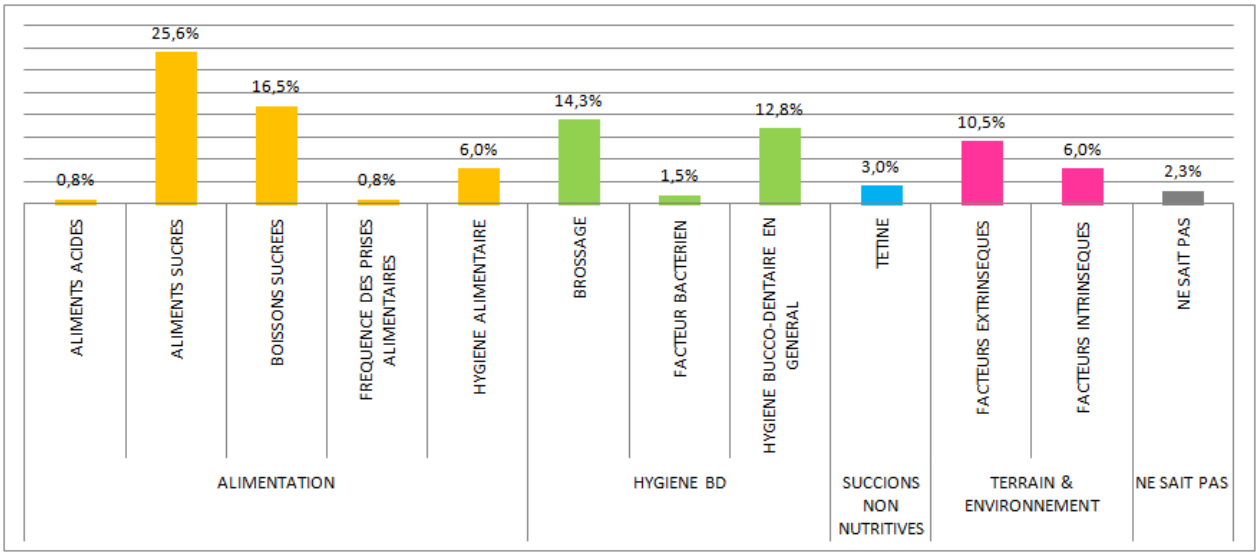


Figure 11: Résultats des réponses obtenues à la question 2 chez les auxiliaires de puériculture (répartition par catégorie)

3.3.2.2. Question 4 bis « Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ? »

Les résultats à cette question recoupent ceux de la question 4 avec quelques modifications toutefois puisque nous tenons compte du total des réponses ouvertes. De plus, nous avons regroupé les réponses sous 3 grands items : « il existe un lien entre allaitement et caries », « il existe un lien mais on ne sait pas lequel », « il n'existe pas de lien » ; les deux premiers items correspondants en fait au « oui » de la question 4.

3.3.2.2.1. Réponses des sages-femmes

Comme déjà abordé précédemment, sur 217 sages-femmes interrogées, 159 ont répondu non à cette question, et 58 pensent qu'il existe un lien. Toutefois, douze d'entre elles ne connaissent pas la nature exacte de ce lien.

En tenant compte de toutes les réponses, cela se traduit de la façon suivante : 71,9% pensent qu'il n'y a pas de lien entre allaitement et carie ; 5,4% supposent un lien sans pouvoir formuler lequel, et 22,6% affirment qu'il existe bien un lien (**figure 12**).

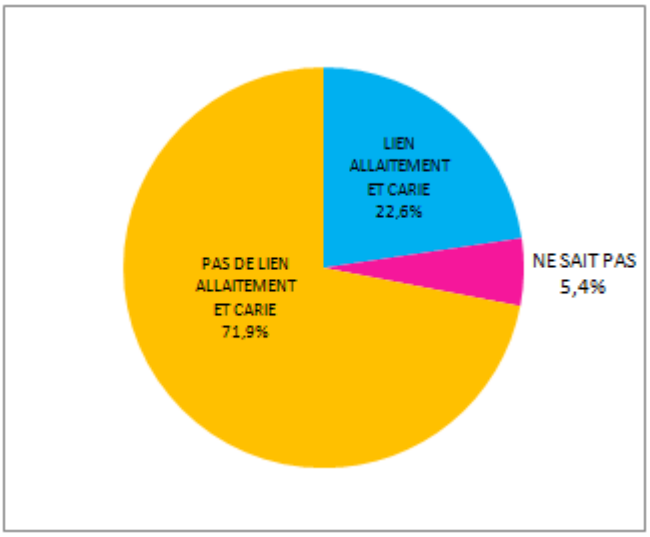


Figure 12 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les sages-femmes (répartition par item)

De façon plus détaillée, parmi les maïeuticiennes qui affirment connaitre le lien entre allaitement et carie, 16,3% pensent que l'allaitement entraine des répercussions chez l'enfant : 5,4% nous ont confié que l'allaitement favoriserait les caries ; 6,3% s'imaginent au contraire que l'allaitement protégerait les enfants des caries ; et 3,2% pensent qu'il existe une différence dans la survenue des caries entre allaitement maternel et allaitement artificiel au biberon. De façon anecdotique, 1,4% des sages-femmes interrogées estiment qu'il y a un lien entre allaitement et croissance faciale de l'enfant (**figure 13**).

Par ailleurs, 6,3% croient que l'allaitement aurait des répercussions chez la maman : 4,5% sont persuadées que l'allaitement provoque des carences chez la mère, et 1,8% ont mentionné l'existence d'un lien hormonal (**figure 13**).

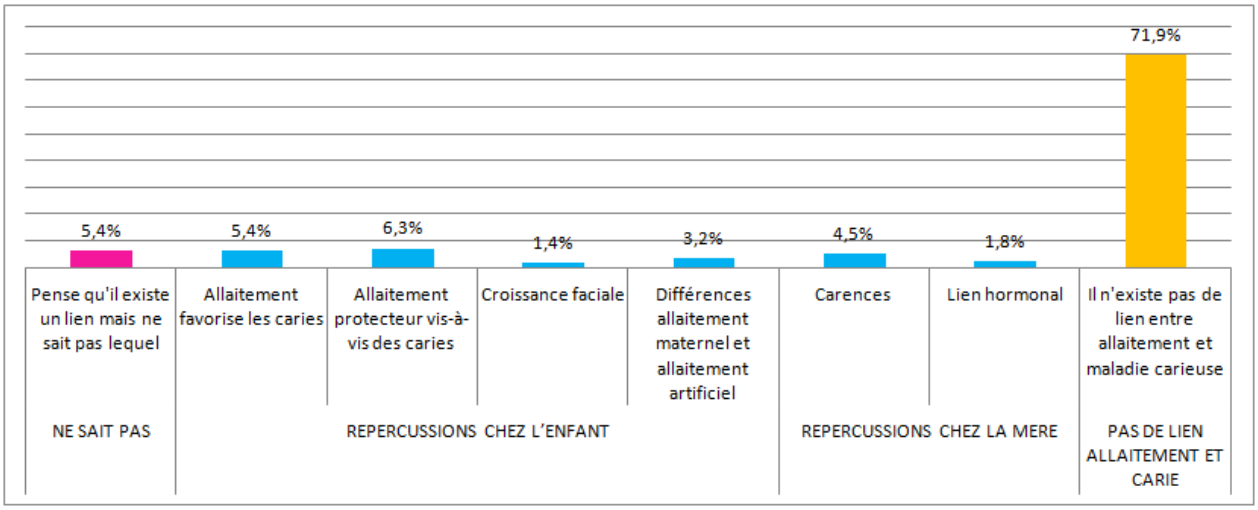


Figure 13 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les sages-femmes (répartition par catégories et sous catégories)

3.3.2.2.2. Réponses des puéricultrices

Comme nous l'avons vu plus haut, 70 des puéricultrices interrogées ont répondu non à cette question, et 22 pensent qu'il existe un lien. Cependant, sur celles-ci, deux d'entre elles ne sont pas capables de préciser la nature de ce lien.

En rapportant ces données sur le nombre total de réponses, on obtient donc les chiffres suivants : 74,5% des puéricultrices affirment qu'il n'existe pas de lien ; 2,1% pensent qu'il y a bien une relation mais ne savent pas laquelle ; et enfin 23,4% connaissent l'existence d'un lien entre allaitement et carie (**figure 14**).

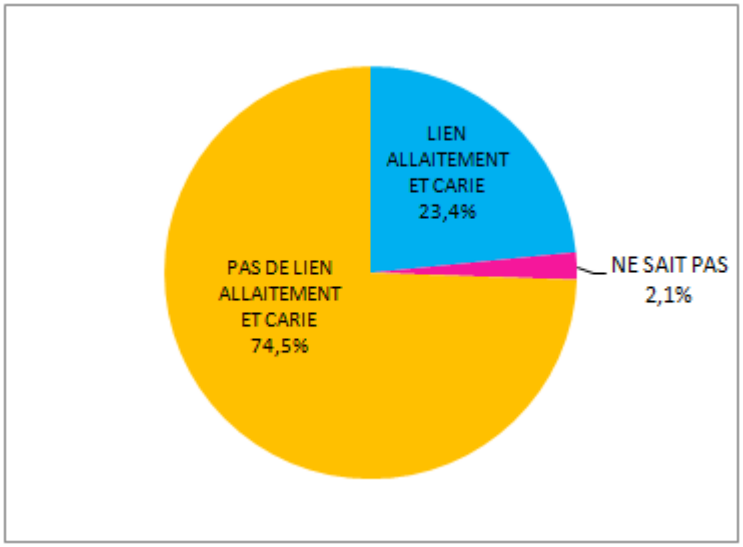


Figure 14 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les puéricultrices (répartition par item)

Plus précisément, les puéricultrices qui ont répondu par l'affirmation à cette question pensent que l'allaitement a des répercussions chez l'enfant : pour 11,7% d'entre elles, l'allaitement maternel serait à l'origine de caries ; 3,2% pensent au contraire que l'allaitement maternel protège contre les caries. Enfin, 8,5% nous ont fait part d'une différence entre allaitement artificiel et allaitement maternel vis-à-vis de la survenue des caries (**figure 15**).

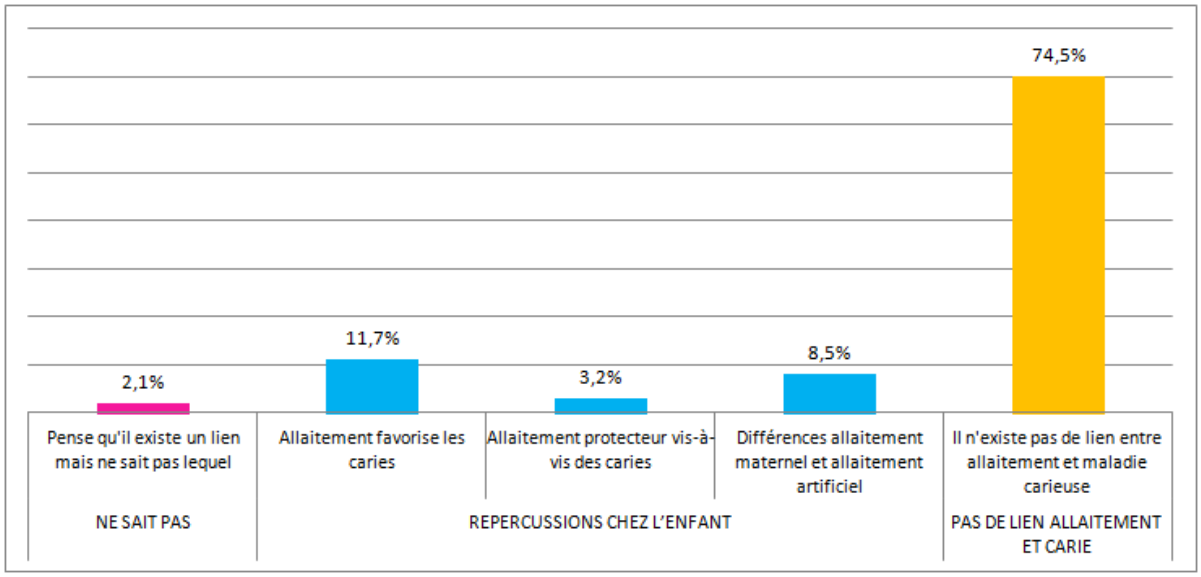


Figure 15 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les puéricultrices (répartition par catégories et sous catégories)

3.3.2.2.3. Réponses des auxiliaires de puériculture

Sur la population de 47 auxiliaires de puériculture, 40 pensent qu'il n'existe pas de lien entre allaitement et lésion carieuse, tandis que 7 affirment le contraire, même si deux d'entre elles ne sont pas en mesure de préciser la nature de ce lien.

En ramenant ces données sur le nombre total de réponses, on obtient les résultats suivants : 85,1% des auxiliaires de puériculture interrogées pensent qu'il n'existe pas de lien entre allaitement et carie ; 4,3% estiment que ce lien existe, sans pouvoir le préciser, et 10,6% affirment l'existence d'un lien en formulant des explications (**figure 16**).

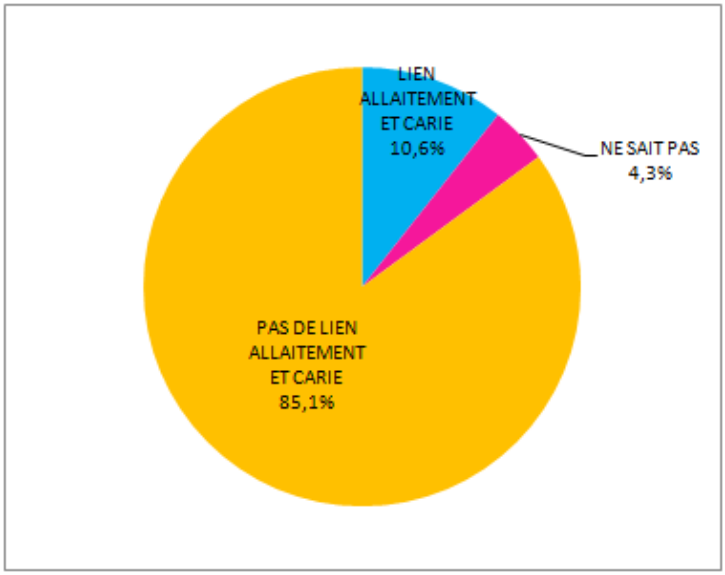


Figure 16 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les auxiliaires de puériculture (répartition par item)

On s'aperçoit que pour 8,5% des auxiliaires de puériculture, l'allaitement aurait des répercussions chez l'enfant. En effet, 6,4% estiment que l'allaitement maternel provoquerait des caries, contrairement aux 2,1% qui s'imaginent qu'il préviendrait leur apparition. 2,1% d'entre elles pensent toutefois que l'allaitement favorise la survenue de carie chez la mère (**figure 17**).

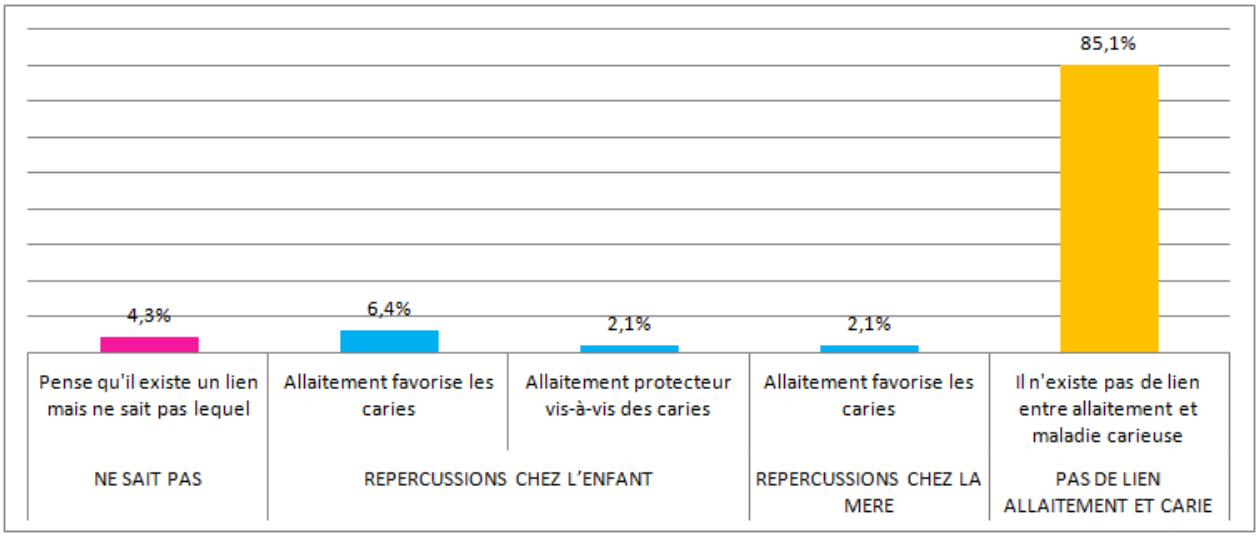


Figure 17 : Résultats des réponses obtenues à la question 4 bis chez les auxiliaires de puériculture (répartition par catégories et sous catégories)

3.4. DISCUSSION

Au vu des chiffres obtenus, il nous a semblé pertinent de discuter les résultats question par question, étant donné le nombre de propositions apportées pour chaque item par les différents professionnels de santé interrogés.

3.4.1. QUESTION 1 : « PARLEZ-VOUS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE LORS DE VOS ENTRETIENS ? »

L'intérêt de cette question était de savoir si les trois catégories de professionnels interrogées abordaient la santé buccodentaire en général avec leurs patients.

On observe une nette différence de résultats entre les puéricultrices d'une part, et les auxiliaires de puériculture et les sages-femmes d'autre part. En effet, avec plus de 80% de réponses affirmatives à cette question, on s'aperçoit que les puéricultrices sont très attentives à la santé buccodentaire de leurs petits patients et abordent facilement le sujet lors de leurs entretiens. Ces chiffres sont à mettre en relation avec leur rôle de conseil et d'éducation auprès des parents et de leurs enfants, notamment pour les puéricultrices de PMI. De plus, elles reçoivent souvent des enfants plus âgés, qui ont déjà des dents : le sujet parait donc plus abordable pour cette catégorie professionnelle.

En revanche, les sages-femmes abordent peu la santé buccodentaire avec leurs patientes. Une des raisons pourrait être le manque de temps : en effet, plusieurs maïeuticiennes nous ont confié en remarques avoir peu de temps pour évoquer de nombreux

sujets lors de leurs entretiens avec les futures mères, et la santé buccodentaire n'apparait pas primordiale. De même, la question de la santé buccodentaire est peu examinée par les auxiliaires de puériculture ; une d'entre elle nous a d'ailleurs confié qu'il était difficile d'aborder la prévention buccodentaire dans la mesure où leur profession consiste à se préoccuper davantage de la mise en route de l'alimentation, de la surveillance des signes cliniques (pleurs, fièvre…) et du lien affectif parents-enfants.

3.4.2. QUESTION 2 : « POUVEZ-VOUS CITER DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DE LA CARIE? »

Par l'intermédiaire de cette question, nous cherchions à savoir si les professionnels de santé de la petite enfance connaissaient les facteurs en cause dans la survenue de la carie dentaire. En effet, la prévention de la CPE passe par le contrôle de ces différents facteurs de risque, mais encore faut-il les connaître.

La carie est une maladie infectieuse, transmissible, d'étiologie multifactorielle. Sa modélisation existe depuis 1959 (schéma de Keyes – **cf Annexe 5**) et après plusieurs propositions, le modèle retenu aujourd'hui est celui de Fisher-Owens (43–47).

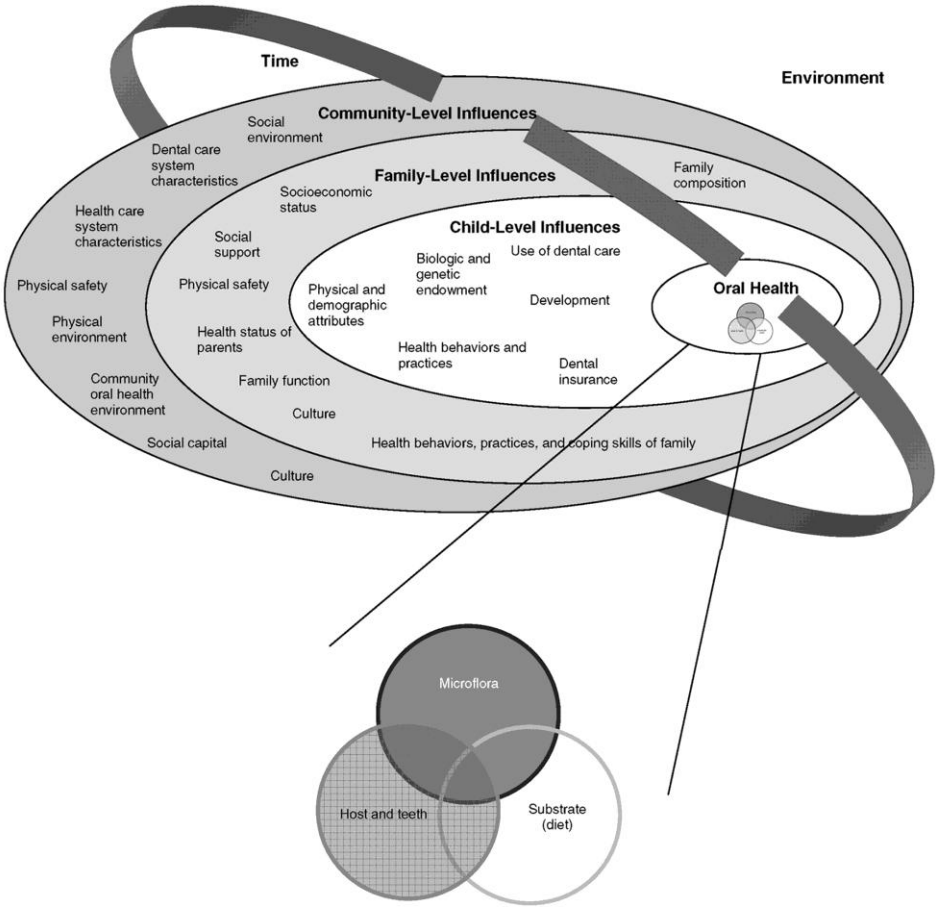


Figure 18 : Schéma de Fisher-Owens (47)

En analysant les réponses des professionnels de la périnatalité à cette question, nous avons retrouvé les trois facteurs étiologiques principaux de Keyes : l'alimentation, les bactéries et l'hôte.

3.4.2.1. Facteur alimentaire

Parmi les trois catégories de professionnels interrogées, l'alimentation apparait comme le facteur étiologique le plus cité (59,7% pour les puéricultrices, 38,8% pour les sages-femmes, et 49,6% pour les auxiliaires de puériculture). Les boissons sucrées sont les plus incriminées par les puéricultrices (33,4%), alors que pour les maïeuticiennes (22,9%) et les auxiliaires de puériculture (25,6%), il semblerait que ce soit les aliments sucrés. Dans tous les cas, la notion du sucre apparait. En effet, dès le plus jeune âge, l'enfant a une attirance pour le goût sucré. En quelques mois, le nourrisson passe d'une alimentation exclusivement liquide à une alimentation solide, grâce à l'éruption des dents temporaires (48,49).

Alors que les sages-femmes l'ont mentionné dans 1,1% des réponses, et les auxiliaires de puéricultrices dans 5,3% des cas, 17,4% des puéricultrices ont évoqué la consommation de biberons de lait nocturnes comme facteur de risque de CPE. Effectivement, il est aujourd'hui bien établi que la consommation de biberons de lait la nuit ou dans la journée, à partir du moment où l'enfant a des dents, favorise la survenue de caries (4,6,7,9,11,14,44,50–52). En effet, compte tenu de sa teneur en lactose, le lait de vache (4,8g/100g) est considéré comme potentiellement cariogène, selon le mode de consommation, particulièrement la nuit, avec un biberon, avant 3 ans (48).

De la même façon, le lait de femme contient lui aussi du lactose (7g/100g) (48) et un allaitement maternel prolongé au-delà de six mois et répété trop souvent la nuit peut être cariogène (50,53). C'est pourquoi l'OMS recommande l'allaitement (maternel ou artificiel) jusqu'à 6 mois (43,48). D'ailleurs, au-delà de cet âge, les besoins de l'enfant ne sont plus couverts notamment en fer, en acides gras essentiels et en zinc, il est donc important de commencer la diversification alimentaire (49). Pourtant, seulement deux sages-femmes et quatre puéricultrices ont pensé à citer spontanément l'allaitement comme facteur étiologique : cela est intéressant et montre bien que l'information auprès des professionnels de santé de la petite enfance est insuffisante.

Les autres boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops…) ont aussi été mentionnées par les professionnels interrogés. Les enfants atteints de CPE font en effet une consommation fréquente et prolongée de sucres sous forme liquide (Actimel® 12gr/100gr) (4). D'ailleurs, de nombreux auteurs ont étudié le lien entre la consommation de boissons sucrées et le développement de lésions carieuses. Marshall *et al.* ont ainsi mis en évidence que la consommation de boissons riches en sucres dès le plus jeune âge constituait un facteur prédictif de l'expérience carieuse. Toutefois, le risque carieux serait étroitement lié aux types de boissons consommées, le potentiel cariogène des sodas (10,5/100g) étant plus élevé que celui des jus de fruits (54). De plus, le pouvoir cariogène de ces boissons riches en sucres s'explique également par leur mode de consommation, notamment par une consommation répétée devant la télévision (44,54).

Par conséquent, l'eau pure est la seule boisson à proposer aux nourrissons ; les jus de fruits ou autres boissons sucrées n'ayant pas d'intérêt nutritionnel (44,46,49,50,54). Il faut d'ailleurs encourager l'enfant à boire dans un verre ou une tasse plutôt qu'au biberon, et ce, le plus tôt possible (12 mois) car l'utilisation du biberon accroît la fréquence d'exposition avec le liquide contenu (4,11,43,51).

Les aliments sucrés ont été mis en cause par 17,4% des puéricultrices, 22,9% des sages-femmes et 25,6% des auxiliaires de puériculture. Parmi les aliments incriminés, ont été cités les bonbons, les gâteaux, les sucreries et les céréales (85gr/100gr). La fréquence des prises alimentaires a été peu prise en compte par les professionnels de la petite enfance sondés : ce facteur a été mentionné dans 4,1% des réponses chez les puéricultrices, 2,9% des réponses des sages-femmes, et seulement une fois chez les auxiliaires de puériculture (0,7%). Pourtant plus importante que la quantité de sucre ingérée, la fréquence de consommation des prises alimentaires apparait primordiale dans le développement des lésions carieuses (43,44,46,48,50). Ainsi, la prise de glucides au coucher est la plus néfaste et doit être suivie d'un brossage des dents (50). Cependant, ce facteur a été évoqué par 20,2% des puéricultrices, par 4,5% des auxiliaires de puériculture et seulement 2,4% des sages-femmes.

Parmi les professionnels interrogés, les puéricultrices semblent être celles qui connaissent le mieux le facteur alimentaire dans la survenue des caries. Toutefois, des points clés dans l'apparition des caries ne s'avèrent pas maîtrisés, notamment le moment et la fréquence des prises alimentaires. La nécessité de faire passer l'information à ces professionnels de la périnatalité s'impose.

3.4.2.2. Facteur hygiène buccodentaire

Ce facteur a été cité par 27,3% des puéricultrices, 34,8% des sages-femmes et 28,6% des auxiliaires de puériculture. Parmi les réponses obtenues, le brossage est mentionné par 15,2% des puéricultrices, 9,6% des sages-femmes et 14,3% des auxiliaires de puériculture ; et l'hygiène buccodentaire par 11% des puéricultrices, 21,1% des sages-femmes et 12,8% des auxiliaires de puériculture.

Les professionnels de santé interrogés ont évoqué pour la plupart l'absence ou l'inefficacité du brossage et/ou de l'hygiène buccodentaire, mais seulement peu d'entre eux ont abordé le moment, la fréquence ou même la technique de brossage.

Par ailleurs, le facteur bactérien a été très peu cité dans les réponses recueillies : ainsi, 4,5% des sages-femmes, 1,5% des auxiliaires de puériculture et seulement 1,1% des puéricultrices l'ont évoqué. Pourtant, le processus carieux résulte d'une rupture de l'équilibre de l'écosystème qui se traduit par une augmentation anormale du taux de bactéries cariogènes, et notamment *Streptococcus mutans*. Ce micro-organisme possède d'excellentes propriétés d'adhésion, lui permettant de rester suffisamment longtemps au contact des tissus dentaires pour provoquer une déminéralisation, et a la capacité de survivre à des niveaux de pH très bas (15). Ainsi, selon des études bactériologiques, la proportion de *Streptococcus mutans* chez les enfants atteints de CPE dépasse souvent 30% de la flore cultivable de la plaque. En comparaison, chez les enfants avec peu ou pas de caries, *Streptococcus mutans* représente habituellement 0,1% de la flore de la plaque (4).

Il apparait donc que la population de cette étude est consciente qu'une hygiène buccodentaire – et donc un brossage efficace – sont importants dans la prévention des caries dentaires. Toutefois, les modalités du brossage semblent moins évidentes (moment, fréquence, technique…). De même, la notion d'infection transmissible semble méconnue de ces professionnels de santé : faire de l'information s'impose.

3.4.2.3. Facteur environnemental

Parmi les professionnels de santé interrogés, ce sont les sages-femmes qui ont mentionné le plus fréquemment ce facteur (25,1%), puis les auxiliaires de puériculture (16,5%) et enfin, les puéricultrices (10,2%). Les facteurs intrinsèques, c'est-à-dire propres à l'individu, apparaissent plus importants pour les sages-femmes (17,6%) et les puéricultrices (6,9%) alors que les auxiliaires de puériculture ont davantage évoqué les facteurs extrinsèques (10,5%).

Au sein des facteurs intrinsèques, nous avons recensé : la génétique, les anomalies d'émail, les carences, la salive, l'état général, les facteurs locaux (malpositions dentaires, inflammations gingivales…), la grossesse et le stress. Les facteurs extrinsèques regroupent quant à eux la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, la prise de certains médicaments, le niveau socio-économique, le niveau culturel et le niveau d'information, le suivi chez le dentiste. Nous ne retiendrons pas dans notre analyse la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et le stress, ces facteurs étant plutôt liés à la survenue de caries chez l'adulte.

La qualité de l'émail a été incriminée dans la survenue des caries par 2,6% des sages-femmes, 1,7% des puéricultrices et 0,8% des auxiliaires de puériculture. En effet, celle-ci peut influencer l'apparition de caries : les dents présentant des anomalies de structure (héritées ou acquises) seraient plus cariosusceptibles, de même que les dents aux sillons anfractueux (55,56). Différentes pathologies pré- ou postnatales peuvent induire des défauts de minéralisation amélaire propices à la CPE, telles les hypovitaminoses A, C, D et E, les hypocalcémies, les carences martiales ou tout trouble métabolique grave survenant durant la formation des dents temporaires (56).

Plusieurs personnes interrogées ont souligné la problématique des carences, particulièrement en fluor. En effet, le fluor protège les dents des déminéralisations et permet ainsi d'augmenter la résistance de l'émail (15,55).

Pourtant très peu cité par les professionnels interrogés, le statut socio-économique peut avoir un effet indirect sur le risque carieux, dans la mesure où il influe sur l'accès aux soins ou aux contrôles et sur les comportements préventifs et diététiques (14,15,55).

Le facteur socioculturel, quasi inexistant dans les réponses reçues, et le niveau d'information des parents (seulement abordé par les auxiliaires de puériculture), sont également à prendre en compte. En effet, l'éducation des parents apparait comme un facteur important dans la survenue des caries ; le niveau d'éducation de la mère étant d'ailleurs prépondérant (9,14,15,46,56).

Enfin, certaines sages-femmes ont évoqué le lien entre grossesse et carie. Il existe en effet une croyance reposant sur l'idée que l'enfant à naître puiserait directement dans le calcium maternel pour constituer ses propres ressources, mais cela n'est pas avéré, et d'après l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail), « il n'existe actuellement aucune justification en faveur d'une supplémentation systématique en vitamines et en minéraux chez les femmes enceintes et allaitantes en bonne santé » (11). Les femmes enceintes ont besoin de soins dentaires mais consultent moins, pour

des raisons socio-économiques mais aussi par manque d'information sur la nécessité des soins et par peur des soins dentaires ou de leurs répercussions pour le bébé. Ainsi, la grossesse n'augmenterait pas le nombre de caries mais aggraverait le nombre de caries non traitées (11). Par ailleurs, le lien évoqué par certaines sages-femmes entre accouchement prématuré et caries dentaires n'a pas pu être démontré (11).

Parmi les facteurs environnementaux, les facteurs socioéconomiques et socioculturels pourtant primordiaux sont peu pris en compte par les professionnels de santé de la petite enfance.

3.4.2.4. Succions non nutritives

Une des idées reçues que nous avons pu recenser dans cette étude est l'association entre la succion de la tétine et la survenue de carie. En effet, à ce jour, l'utilisation de la sucette, lorsqu'il n'y a pas d'ajouts d'édulcorants, ne semble pas être associée à la CPE non plus (21,51). En fait, ce qui est dommageable pour les dents, c'est la substance sucrée dans laquelle est trempée la sucette : sucre, miel… En effet, il ne faut pas chercher à vouloir calmer un enfant qui pleure ou qui est agité en lui proposant une sucette enrobée de sucre (21,51,52).

Dans cet item, nous avons également pu constater que 4 puéricultrices, 3 sages-femmes et une auxiliaire de puériculture avaient mentionné la transmission bactérienne lors des échanges de sucettes entre parents et enfants.

Ainsi, les facteurs étiologiques de la carie de la petite enfance sont multiples et complexes, et ne se résument pas seulement aux trois facteurs évoqués par Keyes. Pourtant, parmi les professionnels de santé interrogés, nous retrouvons essentiellement ces trois facteurs, et le facteur temps, ainsi que les facteurs socio-économiques et socioculturels sont peu pris en compte : il y a donc beaucoup d'idées reçues à corriger et d'informations à apporter.

3.4.3. QUESTION 3 : « PARLEZ-VOUS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE À LA MÈRE OU FUTURE MÈRE ? »

Lorsque le questionnaire a été conçu, cette question sous-entendait le fait de parler ou non de la santé bucco-dentaire de l'enfant ou du futur enfant, à la mère. Mais les réponses des sages-femmes ont été tout autres : elles se sont basées sur la santé buccodentaire de la mère, ce qui n'est pas étonnant puisque leur profession consiste à prendre en charge la mère avant tout. Ceci explique donc que davantage de sages-femmes aient répondu oui à cette question, par rapport à la question 1. Certaines nous ont d'ailleurs confié en remarques qu'elles abordaient le sujet au cas par cas, lorsqu'elles avaient des signes d'appel (mauvaise hygiène dentaire, gingivites gravidiques, douleurs dentaires) et qu'elles orientaient alors chez le chirurgien-dentiste. Plusieurs sages-femmes nous ont également avoué avoir du mal à parler de santé buccodentaire à leurs patientes, surtout lors d'une hygiène défectueuse.

Les auxiliaires de puériculture, elles aussi, semblent plus facilement aborder la question de santé buccodentaire avec les mères et futures mères.

Par ailleurs, les réponses des puéricultrices sont en adéquation avec leur profession

puisqu'avant tout, elles se consacrent aux enfants et non à leurs mères : elles ont répondu oui en moindre proportion par rapport à la question plus générale sur la santé buccodentaire. Ceci sous-entendrait qu'elles abordent la santé buccodentaire de l'enfant, et moins celle de la mère. Une d'entre elles a d'ailleurs ajouté qu'il était parfois difficile de sensibiliser les familles, notamment au syndrome du biberon, dans la mesure où les parents pensent qu'il n'est pas important de soigner les « dents de lait ».

Comme nous venons de le voir, la carie est une maladie transmissible et le facteur bactérien est important à prendre en compte. C'est pourquoi, faire de la prévention auprès des femmes enceintes pour qu'elles se fassent soigner durant la grossesse est primordial pour éviter la transmission future de bactéries, notamment de *S. mutans*. Il faut donc que les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et particulièrement les sages-femmes, insistent sur le besoin de consulter un chirurgien-dentiste en début de grossesse (l'idéal serait lors d'un désir d'enfant) et qu'elles informent sur les pratiques à risque de CPE (allaitement prolongé et à la demande, le partage de cuillère entre un parent porteur de caries et son enfant, grignotage, absence d'hygiène buccodentaire…).

3.4.4. Question 4 : « Pensez-vous qu'il existe un lien entre allaitement et maladie carieuse ? Si oui, lequel ? »

Les réponses à cette question sont unanimes : 85,1% des auxiliaires de puériculture, 74,5% des puéricultrices et 71,9% des sages-femmes interrogées pensent qu'il n'existe pas de lien entre allaitement et maladie carieuse. De plus, parmi les professionnels de santé qui approuvent la réalité d'un lien, une idée reçue persiste : l'allaitement maternel serait protecteur contre les caries pour 3,2% des puéricultrices, 6,3% des sages-femmes et 2,1% des auxiliaires de puériculture.

Or, d'après Perera *et al.*, le fait de nourrir un enfant de plus de 2 ans pendant la nuit, augmente l'incidence et la sévérité des lésions carieuses, quel que soit le type de lait. De plus, les enfants allaités jusqu'à 2 ans ont une prévalence carieuse plus élevée que ceux qui n'ont pas été allaités aussi longtemps (57). Il existe donc une relation entre le fait de nourrir un enfant pendant la nuit et la CPE. Kramer *et al.* précisent que l'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois seulement ; et si l'allaitement est poursuivi ensuite, il ne doit se faire qu'après les repas (58). Prakash *et al.* ont montré une augmentation du risque carieux avec le fait de nourrir un enfant « à la demande » pendant la nuit et ceci que ce soit avec du lait maternel ou maternisé (59).

Par ailleurs, Liang Hong montre que les enfants exclusivement allaités jusqu'à 6 mois ont une incidence carieuse plus faible que ceux qui n'ont pas été allaités. Mais à partir de l'âge de 9 ans, aucune différence significative n'est plus observée entre les deux groupes (60). Cependant, une étude de 2015 montre que le risque carieux est, à l'âge de 30 mois, plus élevé chez les enfants ayant été allaités plus de 6-7 mois comparativement à ceux élevés avec du lait maternisé. Cette relation disparait pour les 2 groupes à un âge supérieur à 4,5 ans (61).

De surcroît, il apparait que si un enfant est soumis à un allaitement à volonté et qu'il consomme des hydrates de carbone par ailleurs, son risque carieux augmente (53).

Enfin, l'allaitement au sein favorise l'acquisition d'une musculature périorale tonique et favorise l'effacement de la rétromandibulie originelle du nouveau-né en contribuant à la croissance mandibulaire (11).

Les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture en seconde ligne, sont en mesure de conseiller la maman en termes d'allaitement : il est donc primordial qu'elles connaissent ce lien entre allaitement et carie.

3.4.5. QUESTION 5 : « CONNAISSEZ-VOUS L'EXPRESSION « SYNDROME DU BIBERON » ? »

Il apparait très clairement que sur les trois catégories de professionnels interrogés, deux connaissent l'expression « syndrome du biberon » ; il s'agit des puéricultrices (74,5%) et des auxiliaires de puériculture (80,4%). Pour les sages-femmes, cette expression est beaucoup plus abstraite puisque seulement un tiers d'entre elles affirment connaitre son sens. En effet, les maïeuticiennes sont en contact avec les enfants de leur naissance à un mois, période pendant laquelle l'enfant n'a pas encore de dents. Pour la plupart, elles n'ont donc jamais été en contact avec des enfants présentant un syndrome du biberon. En revanche, les puéricultrices, notamment en PMI, et les auxiliaires de puériculture travaillant en crèche, en garderies, reçoivent des enfants plus âgés, ayant déjà des dents et commencé la diversification alimentaire ; elles sont donc plus à même de rencontrer des enfants cariés, ce qui peut expliquer pourquoi elles connaissent le sens de cette expression.

3.4.6. QUESTION 6 : « SAVEZ-VOUS DIAGNOSTIQUER LES PREMIERS SIGNES DE CARIE ? »

61,7% des auxiliaires de puériculture sondées et 57,6% des puéricultrices interrogées affirment savoir diagnostiquer les premiers signes de carie. En revanche, chez les sages-femmes, plus de la moitié avouent ne pas savoir reconnaitre les signes précoces de carie qui sont : des lésions de déminéralisation d'aspect blanc crayeux, opaque, rencontrées surtout au niveau des surfaces lisses des dents, notamment en regard du collet.

Les signes cliniques prodromiques de la CPE devraient être connus de tous les professionnels de la petite enfance afin d'éviter à l'enfant une pathologie lourde de conséquences. Au vu des résultats de notre étude, il apparait donc primordial de former les professionnels de la périnatalité à dépister les lésions carieuses débutantes. En effet, en dépistant suffisamment tôt les lésions carieuses précoces, un traitement restaurateur n'est souvent pas nécessaire et un traitement de reminéralisation préventive (application topique de fluorures, solutions fluorées et vernis fluorés), associé à la gestion des facteurs de risque et un suivi régulier, suffisent pour enrayer le processus carieux (6,8,15).

3.4.7. REMARQUES ÉVENTUELLES

Sur les 356 personnes interrogées, 75 sages-femmes, 43 puéricultrices et 13 auxiliaires de puériculture ont fait part de remarques après avoir répondu au questionnaire.

45 sages-femmes (soit 20,7%), 21 puéricultrices (soit 22,8%) et 10 auxiliaires de puériculture (soit 21,3%) ont trouvé intéressant d'aborder cette thématique de la santé

buccodentaire dans la petite enfance. En effet, ces professionnels de santé sont en demande d'informations (nécessité de plaquettes mises à leur disposition, afin qu'ils puissent donner les conseils adaptés aux autres professionnels de la périnatalité et aux parents), mais aussi de formation par des personnes habilitées. 14,3% des maïeuticiennes interrogées souhaitent d'ailleurs améliorer leur formation initiale quant à la santé buccodentaire, et nombreuses sont celles qui ne se rappellent pas avoir eu de cours sur la santé buccodentaire durant leurs études. La même demande nous a également été formulée du côté des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture, réclamant un cours sur la santé buccodentaire pendant leurs études, alors qu'il a été dispensé par une odontologiste pédiatrique (**annexe 4**).

De plus, le nombre de réponses reçues aux questionnaires témoigne de l'intérêt des professionnels de santé de la petite enfance pour la question de la santé buccodentaire. Ceux-ci souhaitent ainsi renforcer la prévention buccodentaire afin de diminuer la prévalence de la CPE. Cette demande a d'ailleurs été mentionnée en remarques par 14,1% des puéricultrices, 12,8% des auxiliaires de puériculture, et 1,8% des sages-femmes (**annexe 4**).

Cependant, certains professionnels interrogés ont le sentiment que les chirurgiens-dentistes ne veulent pas soigner les femmes enceintes et les jeunes (voire très jeunes) enfants. En effet, 5 sages-femmes nous ont confié que souvent les dentistes refusent de prendre en charge les femmes enceintes sous prétexte que les soins ne sont pas réalisables (**annexe 4**). Pourtant, les soins dentaires ne sont pas contre-indiqués durant la grossesse. En effet, tous les soins dentaires courants sont possibles entre le 3ème et le 7ème mois. Du 1er au 3ème mois (période au cours de laquelle le risque tératogène est maximal), on se limite aux soins indispensables, sans différer ce qui pourrait évoluer de façon péjorative, notamment les foyers infectieux. Du 8ème mois à l'accouchement, on se contente des soins d'urgence. De la même manière, la grossesse n'est pas une contre-indication à l'anesthésie locale, ni à la radiographie. En effet, si un examen de radiologie dentaire est indiqué, selon l'Institut de radioprotection et de sureté nucléaire « compte tenu de la localisation et des faibles doses délivrées, il n'y a pas lieu de refuser l'examen ». Pour rassurer la patiente, on pourra utiliser par précaution un tablier de protection plombé. Pour prendre en charge une patiente enceinte au cabinet dentaire, il faudra surtout se soucier de son confort, particulièrement pendant le dernier trimestre de grossesse (11,62).

De même, une sage-femme et cinq puéricultrices nous ont avoué que souvent, les chirurgiens-dentistes ne voulaient pas soigner les jeunes enfants, sous prétexte que les « dents de lait » tombent (**annexe 4**). Effectivement, il n'est pas toujours facile de trouver des dentistes en mesure de prendre en charge les tout-petits enfants : d'une part, la prise en charge d'un tout petit enfant au fauteuil peut s'avérer compliquée, et d'autre part, tous les dentistes ne disposent pas des équipements adéquats (notamment le Meopa). Cependant, il existe aujourd'hui des dentistes spécialisés en odontologie pédiatrique (en libéral et à l'hôpital) : il faut donc encourager les professionnels de santé de la périnatalité à adresser leurs petits patients vers ces praticiens spécialisés. En effet, il est primordial de soigner les lésions carieuses, y compris en denture temporaire car comme nous l'avons évoqué, les répercussions sur la santé et le bien-être général d'un enfant polycarié sont multiples et peuvent être désastreuses ; la santé dentaire du jeune enfant influant sur celle du futur adolescent (16).

3.5. LIMITES

Une des limites de cette étude réside dans la sélection des échantillons. En effet, en faisant appel aux réseaux sociaux pour diffuser nos questionnaires, nous ne sommes pas sûre que les personnes interrogées proviennent toutes de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ; on peut donc considérer qu'il y a eu un biais dans la diffusion des questionnaires.

Par ailleurs, étant donné que nous n'avons pas pu contrôler la diffusion de ces questionnaires, nous ne savons pas combien de personnes ont été sollicitées pour répondre à notre enquête et combien ont réellement participé : nous sommes donc dans l'incapacité de calculer le taux de réponses de notre étude.

De plus, nous avons récolté 217 réponses des sages-femmes, 92 réponses des puéricultrices et 47 des auxiliaires de puériculture : les échantillons finaux sont donc différents.

Enfin, nous ne savons pas encore si le questionnaire utilisé dans notre étude est validé. Effectivement, nous nous sommes consacrés à l'élaboration, à la diffusion et à l'analyse des questionnaires, ce qui nous a pris beaucoup de temps. Leur validation sera donc faite ultérieurement, et permettra de savoir si les questions posées ont été bien comprises par les répondants, si elles n'étaient pas redondantes (exemple des questions 1 et 3), etc.

3.6. CONCLUSION DE L'ETUDE

L'analyse bibliographique que nous avons effectuée a mis en évidence la singularité de notre étude. En effet, en réalisant une recherche large sur PubMed avec des mots clés peu restrictifs, depuis 1999, nous avons trouvé peu d'études comparables à la nôtre.

Avec les mots clés « *midwife et dental caries* », nous n'avons trouvé que quatre études et celles-ci sont d'avantage en lien avec la santé bucco-dentaire de la mère et les répercussions possibles sur la grossesse qu'avec la santé bucco-dentaire du bébé à naître. Les deux études suivantes concernent la santé bucco-dentaire de la future mère (62,63). Kloetzel *et al.* fait un descriptif des conseils et recommandations indispensables à donner à celle-ci pendant la grossesse et après l'accouchement (62). L'étude d'Egea a eu pour but de faire un état des lieux, par l'intermédiaire d'un questionnaire, des connaissances et des pratiques des professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et chirurgiens-dentistes) quant à la relation existant entre les affections bucco-dentaires et les complications de grossesse (64). Mais le lien n'est jamais fait entre les affections bucco-dentaires de la mère et les risques de contamination chez son enfant. La dernière étude obtenue avec ces mots-clés porte sur le lien qui peut être établi par les infirmières scolaires écossaises entre un état bucco-dentaire négligé chez l'enfant et une négligence plus générale (65). Il apparait qu'un mauvais état bucco-dentaire chez l'enfant est difficilement mis en évidence, non par manque d'intérêt, mais parce que les infirmières interrogées ont des difficultés à le diagnostiquer, ce que nous retrouvons aussi dans notre étude. D'ailleurs, beaucoup de personnes se sont senties concernées par notre questionnaire alors même que celui-ci ne leur été pas adressé nominativement à la base : notamment les auxiliaires de puériculture et les sages-femmes sur les réseaux sociaux. Cela traduit de la part de ces professionnels de santé un réel engouement

et le désir d'améliorer leurs connaissances en matière de santé orale du jeune enfant.

En utilisant les mots clés « *midwife et early childhood caries* », nous n'avons retrouvé que l'étude de Kloetzel de 2011 déjà citée (62).

En élargissant la recherche aux puéricultrices (« *pediatric nurse et dental caries* »), nous avons obtenu 30 publications depuis 2000 mais qui correspondent principalement à une présentation de la prévention bucco-dentaire en général. Seules sept études correspondent vraiment à notre thématique. Ainsi, l'étude de Guzman met en évidence à quel point il est important que les infirmières scolaires soient en mesure de détecter très tôt les enfants à risque de caries, afin de pouvoir les adresser lorsqu'il est encore temps de faire de la prévention (66). L'étude américaine de Hallas *et al.* montre qu'une des stratégies permettant de mieux prendre en charge la carie précoce de l'enfant serait d'accroitre le rôle des pédiatres, des médecins de famille et des puéricultrices dans le dépistage des lésions précoces. S'appuyant sur les données de la littérature, ces auteurs montrent que si la santé bucco-dentaire figure au programme des études des puéricultrices, des lacunes persistent dans l'exercice quotidien (67). De par notre étude, nous avons constaté une grosse demande des professionnels de santé de la petite enfance interrogés, de formation et d'information consensuelle quant à la santé buccodentaire. En effet, la promotion de la santé buccodentaire apparait de façon marginale (quelques heures seulement) dans les formations initiales médicales et paramédicales. De surcroît, les même auteurs ont publié en 2011 les principales recommandations que devraient donner les puéricultrices aux parents en matière de santé bucco-dentaire des petits enfants (68). Ils estiment que les puéricultrices peuvent réellement modifier de façon positive la progression de la CPE. Marrs *et al* ont publié en 2011 un état de l'art concernant la carie précoce de l'enfant, les facteurs de risque et les stratégies de prévention. Le but était de proposer ces informations pour améliorer les pratiques des infirmières en matière de dépistage des affections bucco-dentaires chez l'enfant de moins de 72 mois, mais sans faire le point sur les connaissances réelles de celles-ci (69).

L'étude de Ehlers, réalisée en Allemagne en 2014, présente des objectifs très semblables aux nôtres : définir les connaissances des sages-femmes concernant l'étiologie de la maladie carieuse et leur attitude en matière de prévention et recommandations durant la grossesse et après la naissance de l'enfant (70). Cette étude a été menée, comme la nôtre, par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé à 180 sages-femmes hospitalières et 323 exerçant en libéral. Plus de 90 % des sages-femmes interrogées connaissent le terme « early childhood caries » ainsi que le rôle joué par les bactéries cariogènes, les hydrates de carbone et l'insuffisance d'hygiène dans le développement carieux. Les risques relatifs au développement de la carie précoce de l'enfant sont expliqués aux femmes enceintes et aux parents par 92% des sages-femmes qui estiment que ceci constitue une thématique à part entière de leur champ de compétences. Elles sont 80% à conseiller des visites régulières chez le dentiste dès l'âge d'un an. Si les auteurs de cette étude trouvent que l'implication des sages-femmes pourrait être encore plus importante, en raison de leur impact chez les futures mères, nous constatons que celle-ci est plus conséquente qu'en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes et que la communication entre les professionnels de santé de la petite enfance peut encore être améliorée dans notre région.

Enfin, comme nous l'avons souligné nous aussi, Smith et son équipe mettent en évidence le besoin de plus de coopération entre les différents professionnels de santé afin de mieux prendre en charge la santé bucco-dentaire des enfants. Pour ces auteurs, la responsabilité de la santé orale des enfants incombe de façon partagée à tous les professionnels de santé, ce qui permettrait d'éviter totalement des douleurs et de graves répercussions à long terme, tout en réalisant des économies notables (71). Une étude de 2014 a mis en évidence une prise de conscience beaucoup plus importante des élèves infirmiers quant à leur propre hygiène bucco-dentaire ainsi qu'à celle de leurs patients, s'ils avaient été formés en matière d'hygiène bucco-dentaire, en même temps que des étudiants en odontologie et des résidents en odontologie pédiatrique (72).

Enfin, avec les mots clés « *Pediatric nurse et early childhood caries* », nous obtenons 14 publications depuis 2000 dont 6 correspondant à notre étude et 5 d'entre elles sont celles déjà obtenues avec les mots clés précédents (66,68–71). En 2014, Mattheus a étudié le rôle que les infirmières peuvent jouer dans la prise en charge bucco-dentaire des enfants dans leurs premières années, en particulier en ce qui concerne le comportement des parents vis-à-vis de la prise en charge bucco-dentaire de leurs enfants, quand la prévention bucco-dentaire est aussi réalisée par les infirmières. Les résultats ont montré des changements significatifs de la perception vis-à-vis de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire chez les parents pris en charge à la fois par les infirmières et les dentistes comparativement à ceux pris uniquement en charge par les dentistes (73). Ceci met à nouveau en évidence le rôle de tous les professionnels de la petite enfance dans la prise en charge de la prévention bucco-dentaire des enfants. Il est important de proposer des comportements réalistes et réalisables, adaptés aux parents et à l'enfant. Un relai informatif devrait donc pouvoir être assuré par le pédiatre ou le médecin de famille, les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices, les sages-femmes, grâce à une information plus complète et une remise à jour régulière des connaissances en ce domaine (74).

3.7. LES RÉPONSES AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS

3.7.1. QUESTION 1 : « PARLEZ-VOUS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE LORS DE VOS ENTRETIENS ? »

Lors de leurs entretiens, il serait souhaitable que les professionnels de la petite enfance abordent quelques points-clés de la santé buccodentaire, notamment l'âge de la première consultation chez le dentiste et des conseils en matière d'alimentation, d'hygiène buccodentaire, etc.

Dans la littérature, un consensus est établi sur la mise en place d'une consultation de prévention buccodentaire précoce chez un chirurgien-dentiste à l'âge d'un an (5,16,43,46,51,75). En effet, l'AAPD recommande une première consultation chez un dentiste entre 6 mois après l'éruption de la première dent et 12 mois d'âge afin d'évaluer le risque carieux de l'enfant et de donner des conseils de prévention aux parents (7). L'UFSBD et la SFOP s'accordent également sur ce point et préconisent une première visite chez un chirurgien-dentiste à un an, afin de dépister d'éventuelles caries, contrôler la respiration et la succion, et sensibiliser les parents aux règles d'hygiène et d'alimentation ; puis des visites de contrôle annuelles (76,77).

Selon l'HAS, entre 6 mois et 1 an et entre 1 et 2 ans, un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel de santé (pédiatre, médecin généraliste, chirurgien-dentiste, centre de PMI…) et la supplémentation orale en fluor chez les enfants à risque carieux élevé doit être discutée. A 3 ans, une séance de prévention buccodentaire est recommandée afin d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille sur son état de santé général. Cette consultation peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit inciter les parents à faire réaliser un examen de prévention buccodentaire par un chirurgien-dentiste. Dans les centres de PMI, des référents dentaires (dentistes, médecins, puéricultrices, infirmières) devraient être identifiés pour réaliser une séance et/ou un examen de prévention buccodentaire (10). Des études américaines ont d'ailleurs montré le moindre coût d'un suivi instauré précocement et son efficacité lorsque les médecins sont formés à dépister les patients à risque pour les adresser au cabinet dentaire (74).

De plus, dans les recommandations de la HAS de 2010, il est stipulé que « l'information et l'éducation des parents pour la santé bucco-dentaire de leur enfant doivent être intégrées à l'occasion d'autres messages de prévention, notamment chez la femme enceinte et la jeune mère dans les services de maternité, lors des examens médicaux obligatoires du nourrisson (médecins généralistes, pédiatres, centres de PMI…) et lors des examens dentaires de la jeune mère chez un chirurgien-dentiste. Les personnels de la petite enfance (crèches, assistantes maternelles, autres structures d'accueil) doivent également être formés, afin d'appliquer les mesures de prévention aux enfants dont ils s'occupent et de relayer auprès des parents des conseils d'éducation pour la santé buccodentaire » (10).

Selon l'HAS, les professionnels de santé exerçant auprès des femmes enceintes et des parents avant la naissance (obstétriciens, sages-femmes, professionnels des maternités, personnels des centres de PMI, chirurgiens-dentistes) doivent être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé buccodentaire pour leur futur enfant. Au cours de l'entretien médical du 4ème mois de grossesse, la HAS recommande que la problématique de la santé buccodentaire de la mère et de l'enfant soit abordée. Au 4ème mois également, un examen buccodentaire systématique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste est recommandé dans le cadre du suivi de la grossesse (10).

L'AAPD recommandait d'ailleurs en 2004 que « tous les professionnels de santé qui reçoivent les mères et leurs enfants devraient informer les parents et les soignants quant à l'étiologie et la prévention de la CPE » (14).

Voici quelques conseils simples à délivrer aux parents, selon l'AFSSAPS, la SFOP et l'UFSBD :

- Ne pas laisser la nuit à disposition de l'enfant un biberon contenant autre chose que de l'eau pure ;
- Ne pas vérifier la température de la nourriture en la goûtant avec la même cuillère que celle destinée à nourrir l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;
- Ne pas lécher la tétine pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;

- Nettoyer les dents de l'enfant dès leur éruption (à environ 6 mois) avec une compresse humide ou à l'aide d'une brosse à dents imprégnée d'une trace de dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm ;
- Dès l'apparition des premières molaires temporaires (vers 12-18 mois), un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé (quantité de dentifrice à utiliser équivalente à la taille d'un petit pois) ;
- A partir de 3 ans, un dentifrice fluoré à 500 ppm est recommandé ;
- Jusqu'à 3 ans, le brossage doit être réalisé par un adulte ;
- La carie en denture temporaire ne doit pas être négligée (10).

Ces conseils à délivrer aux parents sont détaillés dans le tableau en **annexe 7.** Ces conseils s'appuient d'ailleurs sur des études « Evidence Based- Medicine », réalisées dans un contexte d'enfant non pathologique.

3.7.2. QUESTION 2 : « POUVEZ-VOUS CITER DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DE LA CARIE? »

A chaque prise alimentaire contenant des glucides fermentescibles, les bactéries de la plaque dentaire (essentiellement *S. mutans* et certains lactobacilles) utilisent ces sucres et sécrètent des acides. Ceux-ci dissolvent les éléments minéraux de la dent à un pH inférieur à 5,5. Toutefois, la salive, grâce à son pouvoir tampon, neutralise les acides produits : il s'agit du processus de reminéralisation. La lésion carieuse résulte ainsi d'un déséquilibre entre les phases de déminéralisation et de reminéralisation de la dent. Il y a deux conditions majeures de déséquilibre où le système de défense salivaire est dépassé : un manque d'élimination des micro-organismes par le brossage et une importante fréquence des prises alimentaires sucrées (43–46,50,53).

La carie précoce de l'enfance fait intervenir des facteurs de risque spécifiques, comme l'implantation précoce de bactéries cariogènes en bouche, l'âge de l'enfant et l'immaturité des systèmes de défense, de la flore buccale de l'enfant et de l'émail, l'époque de l'éruption dentaire. L'absence ou le manque d'hygiène interviennent également, ainsi que le niveau d'éducation de la mère et le niveau social. Enfin, l'appartenance de l'enfant à des groupes à risques est mise en cause : besoins de santé spécifiques, milieu défavorisé, faible exposition au fluor topique et systémique, diététique et modes alimentaires inadaptés (répétition et durée de l'habitude alimentaire nuisible), et notamment la consommation de biberons contenant un liquide autre que de l'eau pendant la nuit. De même, l'enfant qui dispose d'un entourage porteur de caries, ou qui a lui-même des caries visibles, de la plaque et des zones de déminéralisation, est plus à risque de CPE (15,53,75).

Si on considère le <u>facteur alimentaire</u>, il faut prendre en compte le potentiel cariogène de l'aliment : il s'agit de la faculté de celui-ci à favoriser le développement de caries par production d'acides. Il est lié à plusieurs facteurs : la nature chimique de l'aliment, les associations avec d'autres constituants qui peuvent modifier la cariogénicité du sucre et l'ordre d'ingestion au cours des repas (50). Ainsi, certains aliments sont considérés comme plus cariogènes que d'autres : certains sont cariogènes du fait de leur teneur en sucres, d'autres le sont par leur forme de présentation ou le moment où ils sont consommés. Par exemple, le saccharose est considéré comme le plus cariogène des sucres assimilables ; le

glucose, le fructose et l'amidon sont aussi cariogènes. Le lactose est celui qui possède le potentiel cariogène le plus bas (43,48). Par ailleurs, la forme, la consistance et le temps de rétention de l'aliment sur la dent constituent également des facteurs de cariogénicité. Ainsi, les aliments collants augmentent le temps de rétention sur la surface dentaire ; au contraire, les aliments stimulant la salive le limitent, permettant l'autonettoyage de la cavité buccale (43,46,48,50).

Il faut également tenir compte de la fréquence des prises alimentaires car à chaque fois que du sucre est consommé, il se produit une attaque acide ; et plus les ingestions sont rapprochées, plus la production d'acide est fréquente et prolongée. Le pouvoir tampon de la salive est alors débordé et la reminéralisation de l'émail ne se fait plus. Le pH buccal reste en permanence sous le seuil critique de 5.5 (43,44,50). Il faut donc respecter le rythme de quatre repas par jour (petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner) et éviter formellement les grignotages répétés (43,44,48,50). Ainsi, l'absorption de grandes quantités de sucre en de rares occasions est moins nuisible que de petites quantités répétées au cours de la journée ou de la nuit (44).

Un autre élément clé dans la survenue des caries est le moment des prises alimentaires : en effet, le débit salivaire étant très diminué au cours de la nuit, les aliments consommés le soir au coucher stagnent dans la cavité buccale. Après le dernier repas du soir, un brossage contentieux des dents réalisé par les parents s'impose.

Par ailleurs, les substituts de sucre (xylitol, mannitol, sorbitol…) introduits dans les confiseries ont démontré leur intérêt dans la réduction du taux de caries. Ainsi, le xylitol serait particulièrement indiqué dans les populations infantiles dont la consommation de sucreries est importante (43,46,51). Toutefois, Foray et D'Arbonneau soulignent que le xylitol et les polyols en général sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de trois ans, car leur digestion étant incomplète, ils fermentent dans le colon et peuvent provoquer des troubles digestifs (44).

Le <u>facteur bactérien</u> est aussi à apprécier. En effet, après chaque prise alimentaire, un dépôt appelé « plaque dentaire » apparait sur les dents : une hygiène buccodentaire est donc nécessaire afin de l'éliminer. Par conséquent, dès l'apparition des premières dents, le nettoyage des surfaces dentaires ne doit pas être négligé. Celui-ci doit être pratiqué par les parents. Outre le rôle mécanique d'élimination du film bactérien et des résidus alimentaires, il permet également le massage des muqueuses gingivales (46,49,51).

Ainsi, dès l'éruption de la première dent, les parents doivent nettoyer la bouche de leur enfant avec une compresse humide ou une petite brosse à dents (17,51). Selon l'AAPD, à partir d'un an, un brossage au moins quotidien avec une brosse à dents imprégnée de dentifrice fluoré est recommandé (7,51,78). Cependant, selon les dernières recommandations de l'UFSBD datant de 2013, le dentifrice fluoré est à utiliser à partir de 2 ans, avec un dosage adapté à l'enfant (entre 250 et 600 ppm avant 3 ans) (76). La brosse à dents, à usage personnel, doit avoir une petite tête, des fibres souples et doit être changée tous les 3 mois. La technique de brossage est à adapter en fonction de l'âge de l'enfant. Lorsque celui-ci devient autonome (généralement pas avant 6 ans), il se brosse les dents seul devant un miroir, sous contrôle parental. La durée du brossage doit idéalement être de 3 minutes et la fréquence idéale de trois par jour (46,51,75). Cependant, l'UFSBD recommande aujourd'hui deux brossages quotidiens, matin et soir, pendant deux minutes chacun (76). Toutefois, le brossage le plus important reste celui du soir, avant le coucher : effectivement, pendant la nuit, le flux

salivaire est moins élevé et donc le risque de développer des caries est plus important (46,51,75).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la lésion carieuse est associée à un taux important de *S. mutans* dans la cavité buccale. D'ailleurs, des études récentes ont démontré que cette bactérie peut coloniser la cavité buccale d'enfants avant l'apparition de la dentition, le sillon de la langue apparaissant comme une importante niche écologique (4,9). L'acquisition précoce de cette bactérie est un facteur déterminant dans l'évolution naturelle de la maladie. Ainsi, il a été mis en évidence que les enfants dont la plaque était habitée par *S. mutans* à 2 ans étaient ceux qui présentaient le plus de caries à l'âge de 4 ans (4,9,15,44). La transmission de *S. mutans* peut se faire de manière verticale : essentiellement par les mères (4,7,14,44) qui pratiquent certains comportements à risque (le partage de la cuillère, nettoyer la sucette tombée par terre en la mettant dans sa propre bouche…), et dans de moindres proportions, les pères peuvent aussi être source de transmission verticale de *S. mutans* à leurs enfants (44). Des études plus récentes ont aussi montré que la transmission horizontale était possible : Mattos-Graner *et al.* ont ainsi isolé *S. mutans* dans des groupes d'enfants (âgés de 12 à 30 mois) qui fréquentaient des garderies et ils ont constaté des génotypes identiques de *S. mutans* (4,7,44).

Il faut enfin considérer le <u>facteur hôte et son environnement</u>. Tout d'abord, la question d'une prédisposition génétique à la carie se pose depuis quelques années. Elle pourrait expliquer pourquoi certains sujets présentent une cariosusceptibilité malgré un environnement peu cariogène, alors que d'autres sont extrêmement résistants en dépit des facteurs de risque très présents. Afin de démontrer l'implication de l'hérédité dans la carie, de nombreuses études ont été menées sur des populations de jumeaux. Elles tendent à démontrer une similitude dans la prévalence et la localisation des lésions carieuses chez les jumeaux monozygotes par rapport aux jumeaux dizygotes. Par ailleurs, une similitude dans la flore buccale des jumeaux, qu'ils soient porteurs ou non de caries, a été mise en évidence, ainsi qu'une appétence plus prononcée pour le goût sucré chez les jumeaux avec un indice carieux élevé. Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas de tests qui permettent de prendre en compte le facteur génétique dans l'évaluation du risque carieux individuel (79).

De plus, les facteurs locaux comme les malpositions dentaires, l'inflammation gingivale, les restaurations défectueuses, etc., sont considérés comme des facteurs aggravants du risque carieux. En fait, dans ces situations, l'hygiène buccodentaire est souvent compromise avec une accumulation importante de plaque dentaire, augmentant le risque carieux (46,74).

La salive est également un facteur à prendre en compte puisqu'elle possède un rôle important dans les processus de minéralisation et reminéralisation. Ainsi, une diminution du débit salivaire et une modification de sa composition apparaissent comme des facteurs de risque carieux certains (55,56,74).

Par ailleurs, l'état de santé général peut avoir un effet indirect sur le risque carieux (15,55,56). Par exemple, les patients handicapés ayant des difficultés pour assurer une hygiène buccodentaire satisfaisante ont généralement un risque carieux élevé (46,55,74). De plus, il existe des facteurs médicaux aggravants : certaines pathologies comme l'anorexie, le diabète, et certaines thérapeutiques comme la prise de neuroleptiques ou une radiothérapie

peuvent augmenter le risque d'apparition des caries (55). Chez les enfants, les maladies graves favorisent indirectement l'apparition de la CPE par un comportement parental de surprotection et de grande indulgence face à la nourriture (prédominance d'aliments sucrés), par une hygiène buccodentaire délaissée, et par l'administration prolongée de médicaments, souvent sucrés et pris au coucher (56).

La consommation de certains médicaments peut effectivement être associée à la survenue de caries : malgré les efforts de l'industrie pharmaceutique pour substituer par des édulcorants les sucres cariogènes contenus dans les médicaments, notamment pédiatriques, de nombreuses spécialités restent potentiellement cariogènes, d'autant plus si elles sont prescrites le soir au coucher (56). Ainsi, dans les cas d'utilisation au long cours, on peut constater l'apparition de « caries du médicament ». De même, les granules homéopathiques ou les pastilles à sucer contiennent du sucre et peuvent devenir cariogènes. Un brossage avec un dentifrice fluoré est donc nécessaire après l'absorption de ce type de médicament (46,50,55).

De surcroît, le rôle du fluor dans la prévention des caries est aujourd'hui bien admis. L'AFSSAPS a d'ailleurs publié en 2008 ses recommandations sur l'utilisation du fluor (78). Ainsi, on préconise l'utilisation de dentifrices fluorés dès l'apparition des premières molaires, puis tout au long de la vie (46). Le praticien peut également réaliser des applications topiques de fluor sous forme de gel, de bain de bouche ou de vernis fluorés. Les apports systémiques sont aussi variés : le sel fait partie d'une fluoration partielle depuis 1987, et l'eau de distribution est peu fluorée naturellement. Toute prescription de fluor systémique doit être précédée par un bilan individualisé, car il ne faut pas dépasser 1mg de fluor par jour, au risque de développer une fluorose dentaire. En règle générale, la supplémentation en fluorures sera réservée aux enfants à risque carieux élevé, sous contrôle du praticien (14,15,46,75,78).

Enfin, le statut socio-économique présente une part non négligeable dans l'étiologie des caries : l'indice CAOD est effectivement d'autant plus élevé que le niveau socio-économique (éducation, niveau d'étude, revenus, profession) est bas (46). Même si une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste est conseillée (46), cela n'est pas toujours appliqué en pratique. L'impossibilité d'accès aux soins est d'ailleurs souvent mise en avant comme renoncement aux soins mais en réalité, c'est une idée reçue.

3.7.3. QUESTION 3 : « PARLEZ-VOUS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE À LA MÈRE OU FUTURE MÈRE ? »

Ce que l'on attendait à cette question rejoint les réponses à la question 1. Par ailleurs, parler de santé buccodentaire à la maman est d'autant plus important que la mère est le principal réservoir qui contribue à la transmission verticale de *S. mutans* aux enfants (4,7,14,44). En effet, certains comportements parentaux favorisent la transmission verticale, comme le fait de mettre dans sa bouche une sucette qui est tombée par terre pour la nettoyer avant de la redonner à l'enfant, ou encore le fait de prémâcher la nourriture de son enfant pour l'aider à manger des aliments solides (7,13,44). De même, le partage de la cuillère entre la mère et l'enfant, le contact entre la salive maternelle et la bouche de l'enfant, le mauvais usage du biberon et l'échange des brosses à dents entre membres d'une même famille, participent à cette transmission bactérienne (7,51). D'ailleurs, la suppression des réservoirs de *S. mutans* chez la mère a permis de prévenir ou de retarder l'infection chez les nourrissons

(4). Prévenir la transmission en prenant soin des futures mères est donc une étape primordiale du programme de prévention buccodentaire de l'enfant (3).

3.7.4. QUESTION 4 : « PENSEZ-VOUS QU'IL EXISTE UN LIEN ENTRE ALLAITEMENT ET MALADIE CARIEUSE ? SI OUI, LEQUEL ? »

Tout comme il existe un lien entre le lait artificiel et les caries, une corrélation existe aussi entre lait maternel et carie. En effet, un allaitement maternel prolongé au-delà de six mois et à la demande favorise la survenue des caries. L'OMS recommande d'ailleurs l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, et après cet âge, la diversification alimentaire peut commencer.

Cependant, il n'est pas question de décourager les femmes qui ont choisi d'allaiter leurs enfants, bien au contraire, car les bienfaits du lait maternel pour le nourrisson sont aujourd'hui bien établis. En effet, sous réserve qu'il soit exclusif et dure plus de 3 mois, l'allaitement maternel diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires. De plus, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois associé à une diversification alimentaire après 6 mois réduirait le risque allergique chez les nourrissons à risque. Enfin, l'allaitement participerait à la prévention ultérieure de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence (80).

Par conséquent, les sages-femmes et les professionnels de la petite enfance plus généralement doivent encourager l'allaitement maternel, tout en l'encadrant, en particulier au niveau de la durée et de la fréquence des tétées après 6 mois.

3.7.5. QUESTION 5 : « CONNAISSEZ-VOUS L'EXPRESSION « SYNDROME DU BIBERON » ? »

L'expression « syndrome du biberon » correspond à l'ancienne appellation de la CPE. Ce terme trop restrictif a donc été abandonné au profit du terme « carie précoce de l'enfance » qui traduit mieux le caractère multifactoriel de la pathologie.

3.7.6. QUESTION 6 : « SAVEZ-VOUS DIAGNOSTIQUER LES PREMIERS SIGNES DE CARIE ? »

Les signes précoces de caries correspondent à des lésions de déminéralisation d'aspect blanc crayeux, opaque. Ces lésions sont surtout retrouvées au niveau des surfaces lisses des incisives maxillaires, mais aussi sur les faces vestibulaires des molaires ou dans les zones interproximales, là où les dépôts de plaque bactérienne sont importants.

A ce stade, les lésions touchent uniquement l'émail, sans cavitation : elles sont donc réversibles, et une reminéralisation est possible à condition de réduire les facteurs étiologiques et de renforcer les mesures de prévention. Il est donc important que les professionnels de la périnatalité sachent dépister ces signes afin d'adresser l'enfant chez un chirurgien-dentiste à un stade précoce de la pathologie.

4. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé liés à l'enfance (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture) quant à la santé buccodentaire du jeune enfant, en particulier la Carie Précoce de l'Enfance.

Au total, 217 sages-femmes, 92 puéricultrices et 47 auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin ont participé à notre étude. Au terme de ce travail, il apparait que les connaissances des professionnels interrogés sont incertaines, et que des idées reçues persistent (notamment concernant les facteurs étiologiques de la carie et l'allaitement maternel). Les puéricultrices semblent être celles qui s'intéressent le plus à la santé buccodentaire de l'enfant, ce qui est en adéquation avec leur formation et leur profession, centrées sur l'enfant. Les connaissances des auxiliaires de puériculture apparaissent plus fragiles, mais leur formation est plus courte que les deux autres catégories professionnelles interrogées. Les sages-femmes, quant à elles, s'intéressent plus à la maman, ce qui est aussi en lien avec leur profession. Toutefois, elles sont plus de 73% à penser qu'il n'existe pas de lien entre l'allaitement et les caries, alors qu'en pratique, elles sont à même de conseiller la maman en termes d'allaitement maternel.

La prévalence de la CPE est le résultat d'un défaut d'information des chirurgiens-dentistes et des autres professionnels de santé. C'est pourquoi des informations simples doivent être données aux femmes enceintes, aux parents, et aux professionnels de la petite enfance, afin d'enrayer le processus et d'encourager une consultation précoce chez le chirurgien-dentiste. La prévention de la CPE nécessite donc une collaboration multidisciplinaire entre les différents intervenants. Ainsi, les professionnels de santé de la petite enfance recevant les enfants avant les chirurgiens-dentistes sont plus à même de repérer les mauvaises habitudes et de conseiller les mères. D'ailleurs, la grossesse constitue une période privilégiée pour surveiller l'état de santé dentaire de la future mère et lui donner tous les conseils de prévention nécessaires avant la naissance de son bébé. En effet, la femme enceinte est généralement sensible à toute information relative à sa santé et surtout à celle de l'enfant à naitre. La prévention de la CPE doit donc débuter avant la période d'éruption des dents du jeune enfant et se poursuivre après.

Par conséquent, faire de l'information aux professionnels de santé de la petite enfance s'impose afin de prendre en charge le plus précocement possible la CPE. Il serait donc intéressant d'envisager la réalisation d'une plaquette destinée aux professionnels de santé de la petite enfance, ou tout autre moyen de toucher le plus grand nombre afin que ces derniers puissent informer et conseiller les parents et leurs jeunes enfants quant à la santé buccodentaire.

L'étude de Ehlers, réalisée en Allemagne en 2014 et qui avait des objectifs similaires aux nôtres, a montré des résultats encourageants. En effet, les sages-femmes sondées semblent plus sensibilisées à la CPE que celles de notre étude et estiment d'ailleurs que la prévention de celle-ci constitue une thématique à part entière de leur champ de compétences. Avec une formation plus étayée, on peut donc espérer que les professionnels de la périnatalité de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin conseillent les parents en matière de santé buccodentaire.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre Amélioration Santé Bucco-Dent Au XXIe Siècle - Approche Programme OMS Santé Bucco-Dent. 2003;

2. Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Direction Générale de la Santé; 2006 mai.

3. Bouferrache K, Pop S, Abarca M, Madrid C. Le pédiatre et les dents des tout petits. Paediatrica. 2010;21(1):14-20.

4. Berkowitz RJ. Causes, traitement et prévention de la carie de la petite enfance : perspective microbiologique. J Can Dent Assoc. 2003;69(5):304-7.

5. Brodeur J-M, Galarneau C. L'atteinte de carie est déjà très importante dès l'entrée en maternelle. J L'Ordre Dent Qué. 2006;SUPPLÉMENT Avril 2006:3-5.

6. Msefer S. Importance du diagnostic précoce de la carie de la petite enfance. J L'Ordre Dent Qué. 2006;SUPPLÉMENT Avril 2006:6-8.

7. American Academy of Pedodontics, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. Oral Health Policies Ref Man. 2015 2014;36(6):50-2.

8. Bousfiha B, Mtalsi M, Laaroussi N, Elarabi S. La carie de la petite enfance : aspects cliniques et répercussions. Courr Dent. janv 2014;Dossier du mois.

9. Leong PM, Gussy MG, Barrow S-YL, de Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. Int J Paediatr Dent. juill 2013;23(4):235-50.

10. Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique : stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010.

11. Delbos Y, Bandon D, Rouas P, d'Arbonneau F. Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. EMC - Médecine Buccale. 30 oct 2014;9(6).

12. Khadra-Eid J, Baudet D, Fourny M, Sellier E, Brun C, François P. Élaboration d'un score de dépistage des enfants à risque du syndrome du biberon. Arch Pédiatrie. mars 2012;19(3):235-41.

13. Peterson-Sweeney K, Stevens J. Optimizing the Health of Infants and Children: Their Oral Health Counts! J Pediatr Nurs. août 2010;25(4):244-9.

14. Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. MCN Am J Matern Child Nurs. févr 2008;33(1):17-23; quiz 24-5.

15. Badet C, Dajean-Trutaud S, Derbanne M, Landru M, Nancy J. La Carie Précoce de l'Enfance : diagnostic et stratégies thérapeutiques. Clinic (Paris). 2011;32:617-22.

16. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Arch

Pédiatrie. sept 2006;13(9):1222-9.

17. Klein-Zabban M-L. Poussées dentaires et premiers brossages. Métiers Petite Enfance. 13 avr 2010;16(160):22-4.

18. Jacquelin L., Cozlin A. Traumatologie dentaire : une affaire à suivre! Arch Pédiatrie. mai 2003;10:s13-6.

19. Fraysse M-C, Roy E, Dajean-Trutaud S. Traumatismes de la dent temporaire. Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2009;04(2):60-7.

20. Courson F. Orthopédie dentofaciale chez le jeune enfant. Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):679-82.

21. Assathiany R. Le pédiatre et la sucette : tétine et tais-toi. Arch Pédiatrie. mai 2013;20(5, Supplement 1):H9-10.

22. Rollet D. L'éducation fonctionnelle chez le jeune enfant : les dysmorphoses liées aux problèmes fonctionnels. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):984.

23. Sommelet D. La santé de l'enfant et de l'adolescent : une priorité du système de santé. J Pédiatrie Puériculture. août 2008;21(5-6):247-56.

24. Caron F-M. Le pédiatre ambulatoire, pivot de la médecine de l'enfant en ville au bénéfice de tous les enfants. J Pédiatrie Puériculture. juill 2008;21(4):187-8.

25. Paty M-H, Thibault P. La Sage-femme. Soins Pédiatrie Puériculture. mars 2006;27(228):42-3.

26. Ziane M, Landry M, Bélanger C, Joffrois C, Delion A. Biologie et périnatalité : rôle de la sage-femme. Rev Francoph Lab. mars 2015;2015(470):33-8.

27. Vaast I. Éducation nutritionnelle : le rôle de la sage-femme. Vocat Sage-Femme. avr 2006;(41):11-6.

28. Colson S. Le champ de compétences de la puéricultrice en maternité. Cah Puéricultrice. 24 mai 2011;48(247):32-3.

29. Moreil-Sicart B. La sage-femme, acteur de santé publique : état des lieux et perspectives. Vocat Sage-Femme. mai 2015;14(114):31-4.

30. Boissinot C. Rôle du pédiatre de maternité. Arch Pédiatrie. mai 2001;8, Supplement 2:492-4.

31. Sommelet D. Le rôle du pédiatre dans la prise en charge primaire de l'enfant et de l'adolescent est-il menacé ? Arch Pédiatrie. déc 2005;12(12):1685-7.

32. Gallo A, Tourniaire B. Douleur de l'enfant en pratique quotidienne état des lieux chez le médecin généraliste. Douleurs Eval - Diagn - Trait. nov 2012;13:A54-5.

33. Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougo B, Hervé C, Moutel G. La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients. Presse Médicale. avr 2008;37(4):564-70.

34. Bruchon A-M, Thibault P. La Puéricultrice. Soins Pédiatrie Puériculture. mai

2006;27(229):44-5.

35. Marchal J. La profession d'infirmière puéricultrice, un métier en devenir tourné vers les pratiques avancées. EMC - Savoirs Soins Infirm. 1 août 2012;7(3):1-13.

36. Achard V. Puéricultrice en protection maternelle et infantile. Rev Soignant En Santé Publique. oct 2009;5(33):30.

37. Soulard V. Le rôle propre de la puéricultrice en PMI, prévention, surveillance et dépistage. Cah Puéricultrice. mai 2009;46(227):21-3.

38. Delavaud SK. Le rôle propre de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner. Cah Puéricultrice. mai 2009;46(227):13-4.

39. Brillant I. Le rôle propre de la puéricultrice en pédiatrie, répondre aux besoins singuliers de l'enfant. Cah Puéricultrice. mai 2009;46(227):18-20.

40. Bruchon A-M, Thibault P. L'auxiliaire de puériculture. Soins Pédiatrie Puériculture. sept 2006;27(231):45-6.

41. Tyzio S. L'auxiliaire de puériculture et la douleur de l'enfant en milieu hospitalier. Cah Puéricultrice. déc 2010;47(242):30-2.

42. Bardin L. L'analyse de contenu. 2e édition. Paris: Presses Universitaire de France - PUF; 2013. 320 p.

43. d'Arbonneau F, Bailleul-Forestier I, Foray H, Nancy J, Rousset MM. rôle de l'alimentation dans la prévention de la carie dentaire : recommandations de la société française d'odontologie pédiatrique. Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2006;1(3):153-63.

44. Foray H, d'Arbonneau F. Alimentation et santé buccodentaire chez l'enfant. EMC - Médecine Buccale. 29 mars 2014;9(2).

45. Fioretti F, Haïkel Y. Carie et sucres. Médecine Mal Métaboliques. 27 oct 2010;4(5):p. 543-9.

46. Lopez I, Jacquelin L-F, Berthet A, Druo J-P. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant : conseils pratiques. J Pédiatrie Puériculture. avr 2007;20(2):63-9.

47. Bramlett MD, Soobader MJ, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Assessing a multilevel model of young children's oral health with national survey data. Community Dent Oral Epidemiol. août 2010;38(4):287-98.

48. Folliguet M, Bénétière P. Prévention bucco-dentaire et alimentation chez l'enfant. Bull Académie Natl Chir Dent. 2006;49:79-87.

49. Lemale J, Tounian P. Chapitre 4 - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. In: Schlienger J-L, éditeur. Nutrition Clinique Pratique (2e édition). Paris: Content Repository Only!; 2014. p. 57-64.

50. Moulis E. La prévention par l'alimentation des caries dentaires. J Pédiatrie Puériculture. mars 2004;17(2):120-4.

51. Kandelman D, Ouatik N. Prévention de la carie de la petite enfance (CPE). J L'Ordre

Dent Qué. 2006;SUPPLEMENT avril 2006:9-13.

52. Galarneau C, Brodeur J-M, Gauvin L. Cariogénicité et habitudes d'apaisement utilisées par les mères lors du coucher de leur enfant. J L'Ordre Dent Qué. 2006;SUPPLÉMENT Avril 2006:17-9.

53. Droz D. Allaitement maternel et risque carieux. Arch Pédiatrie. 3 juin 2008;10(S1):9-11.

54. Catteau C, Trentesaux T, Delfosse C, Rousset M-M. Impact des jus de fruits et des boissons fruitées sur la santé de l'enfant et de l'adolescent : le point de vue du chirurgien dentiste. Arch Pédiatrie. févr 2012;19(2):118-24.

55. Badet C. Étude clinique de la carie. EMC - Médecine Buccale. 2011;28-260- M-10.

56. Pavlov MI, Naulin-Ifi C. Plaidoyer pour une prévention et une prise en charge précoce du syndrome du biberon. Arch Pédiatrie. févr 1999;6(2):218-22.

57. Perera PJ, Fernando MP, Warnakulasooriya TD, Ranathunga N. Effect of feeding practices on dental caries among preschool children: a hospital based analytical cross sectional study. Asia Pac J Clin Nutr. 2014;23(2):272-7.

58. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD003517.

59. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. Eur J Dent. avr 2012;6(2):141-52.

60. Hong L, Levy SM, Warren JJ, Broffitt B. Infant Breast-feeding and Childhood Caries: A Nine-year Study. Pediatr Dent. août 2014;36(4):pp. 342-7(6).

61. Kato T, Yorifuji T, Yamakawa M, Inoue S, Saito K, Doi H, et al. Association of breast feeding with early childhood dental caries: Japanese population-based study. BMJ Open. 3 janv 2015;5(3):e006982.

62. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for Dental Care During Pregnancy. J Midwifery Womens Health. mars 2011;56(2):110-7.

63. Jean-Baptiste M. Caries prevention during pregnancy: results of 30-month study. J Nurse Midwifery. avr 1999;44(2):164-5.

64. Egea L, Le Borgne H, Samson M, Boutigny H, Philippe H-J, Soueidan A. Infections buccodentaires et complications de la grossesse : connaissances et attitudes des professionnels de santé. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2013;41(11):635-40.

65. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. BMC Public Health. 2013;13(1):370.

66. Guzmán-Armstrong S. Rampant caries. J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses. oct 2005;21(5):272-8.

67. Hallas D, Shelley D. Role of Pediatric Nurse Practitioners in Oral Health Care. Acad Pediatr. nov 2009;9(6):462-6.

68. Hallas D, Fernandez J, Lim L, Carobene M. Nursing Strategies to Reduce the Incidence of Early Childhood Caries in Culturally Diverse Populations. J Pediatr Nurs. juin 2011;26(3):248-56.

69. Marrs J-A, Trumbley S, Malik G. Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. Pediatr Nurs. févr 2011;37(1):9-15.

70. Ehlers V, Callaway A, Azrak B, Zock C, Willershausen B. Survey of Midwives' Knowledge of Caries Prevention in Perinatal Care: Am J Matern Nurs. 2014;39(4):253-9.

71. Smith GA, Riedford K. Epidemiology of Early Childhood Caries: Clinical Application. J Pediatr Nurs. juill 2013;28(4):369-73.

72. Czarnecki GA, Kloostra SJ, Boynton JR, Inglehart MR. Nursing and dental students' and pediatric dentistry residents' responses to experiences with interprofessional education. J Dent Educ. sept 2014;78(9):1301-12.

73. Mattheus DJ. Efficacy of oral health promotion in primary care practice during early childhood: creating positive changes in parent's oral health beliefs and behaviors. Oral Health Dent Manag. juin 2014;13(2):316-9.

74. Droz D, Blique M, Courson F. Quelle prévention en santé dentaire ? Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):682-4.

75. Courson F, Assathiany R, Vital S. Prévention bucco-dentaire chez l'enfant : les moyens dont on dispose. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):776-7.

76. UFSBD. Nouvelles recommandations ; l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. Prat Dent. nov 2013;17-39.

77. SFOP. Symposium Colgate lors des dernières Journées Internationales de la SFOP à Nantes les 5 et 6 juin 2015. 2015.

78. AFSSAPS. Recommandations sur l'utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. 2008.

79. Muller-Bolla M, Vital S, Joseph C, Lupi-Pégurier L, Blanc H, Courson F. Risque de carie individuel chez les enfants et les adolescents : évaluation et conduite à tenir. EMC - Médecine Buccale. 2012;30:1-15.

80. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie. déc 2005;12:S145-65.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ETUDE PRÉLIMINAIRE MENÉE AU SERVICE D'ODONTOLOGIE À L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX ENTRE JANVIER 2013 ET AVRIL 2015 ANALYSANT LES MOTIFS DE CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS.

- Enfants atteints de la carie de petite enfance (129 cas dont 69 opérés sous AG)

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
A. H.	14/03/2012	non	19/08/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
A. D.	17/02/2012	non	17/09/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
A. K.	28/03/2011	non	06/08/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 23/01/2015
A.D.R. G.	22/09/2010	non	26/06/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
A. T.	13/01/2011	non	28/11/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 15/06/2015
A. K.	29/11/2011	non	02/07/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance (nécessité AG)
A. G.	31/08/2010	non	11/06/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 27/03/2015
A. S.	13/04/2010	non	04/07/2012 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 14/12/2012
A. S.	16/03/2011	non	17/12/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG
A. L.	24/09/2011	oui	31/12/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 10/07/2015
A. A.	14/11/2011	non	25/03/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
A. D.	05/10/2010	non	11/12/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 13/06/2014
A. G.	01/04/2010	non	19/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
A. N.	14/10/2010	non	19/04/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG nov 2013
A. M.	27/03/2010	non	12/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
A. T.	22/11/2010	non	14/05/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
B. R.	28/06/2012	non	02/04/2014 : 1 an	Carie de la petite enfance
B.P. E.	11/01/2012	oui	13/08/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
B. C.	01/02/2011	oui	19/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 18/07/2014
B.E. M.	21/09/2011	oui	23/07/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 30/01/2015
B.A. N.	09/01/2011	non	05/03/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 06/05/2014
B. L.	02/10/2011	non	04/03/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance
B. K.	13/08/2010	non	02/07/2014 : 3 ans	Contrôle --> Carie de la petite enfance
B. D.	22/06/2010	non	18/03/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 06/09/2013
B. I.	09/03/2012	oui	16/04/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG
B. R.	29/12/2010	non	24/12/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG
B. M.	22/05/2011	oui	08/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance
B. A.	05/10/2010	non	21/05/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
C. A.	22/09/2010	non	29/05/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 26/11/2013
C. O.	18/10/2011	non	22/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 27/05/2015
C. I.	18/03/2011	oui	29/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : soins au fauteuil
C. A.	05/03/2011	non	06/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 20/01/2015
C. P.	03/11/2010	non	26/03/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
D.C.F. J.	20/09/2011	non	26/06/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 10/02/2015
D. B.	05/10/2010	non	20/08/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
D. T.	02/05/2011	oui	20/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 2/05/2015
D. Y.	03/08/2012	non	04/03/2015 : 2 ans	Carie de la petite enfance
D. Y.	29/10/2010	non	22/05/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 13/12/2013
D. J.	06/01/2014	oui	14/04/2015 : 1 an	trauma + Carie de la petite enfance
D.P. E.	21/10/2010	oui	20/02/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 31/05/2013
D. K.	27/05/2011	non	10/12/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
E.A. L.	09/07/2010	non	27/03/2012 : 1 an	Carie de la petite enfance : AG le 05/05/2012
E.F. B.	02/02/2012	non	07/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 27/03/2015
E.M. Y.	24/04/2010	non	26/03/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
E.M. R.	30/05/2011	non	14/01/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance
E.C. K.	10/01/2011	non	26/11/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 19/05/2015
E. A.	18/08/2010	oui	09/01/2013 : 2 ans	adressé par Hôp des enfants pour cellulite : Carie de la petite enfance
F. E.	21/06/2010	oui	05/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 03/06/2014
F. R.	13/11/2011	non	07/01/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
F. M.	15/02/2011	non	12/06/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 20/12/2013
G. G.	14/09/2011	non	21/04/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 15/10/2014
G. N.	07/05/2010	non	29/05/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance
G. E.	31/10/2011	non	19/11/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 12/01/2015
G. L.	19/11/2010	oui	01/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
G. D.	18/02/2010	oui	22/01/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
G. A.	15/08/2011	non	18/02/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 26/02/2015
G. T.	26/06/2011	oui	24/06/2013 : 1 an	Carie de la petite enfance
H. F.	10/02/2013	non	30/07/2014 : 1 an	Carie de la petite enfance
H. A.	10/05/2011	non	04/02/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 18/09/2015
H. A.	26/06/2010	oui	17/10/2012 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 08/02/2013
H.B. T.	14/08/2011	non	21/01/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 27/05/2015
H. M.	15/06/2012	oui	01/04/2015 : 2 ans	Carie de la petite enfance
H. J.	25/09/2011	oui	22/10/2014 : 3 ans	Adressé par dentiste pour Carie de la petite enfance : AG 15/05/2015
I. S.	10/07/2010	oui	05/06/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
K. G.	11/10/2012	non	30/07/2014 : 1 an	Carie de la petite enfance : AG le 09/10/2015
K. C.	18/07/2012	oui	30/04/2014 : 1 an	Carie de la petite enfance : AG le 25/07/2014
K. A.	20/01/2012	non	30/12/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
K. L.	20/02/2012	oui	14/11/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG e 03/04/2015
L. J.	10/10/2011	non	05/02/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 18/07/2014
L. R.	17/04/2011	non	08/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
L. M.	09/08/2011	non	15/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 14/04/2015
L. A.	23/06/2010	non	27/02/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
L. T.	23/02/2011	oui	10/11/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
L. Y.H.	04/08/2010	non	23/01/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
M. T.	22/01/2012	oui	16/10/2013 : 1 an	Carie de la petite enfance
M. B.	18/06/2010	non	28/01/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
M. T.	15/12/2011	non	02/07/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
M. D.	28/05/2010	oui	09/04/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
M. M.	02/10/2011	non	04/02/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 11/07/2014

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
M. L.	11/08/2010	oui	19/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 25/03/2014
M. A.	20/09/2010	oui	15/03/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 20/03/2015
M. I.	02/07/2010	oui	07/11/2012 : 2 ans	Carie de la petite enfance + amélogénèse imparfaite : AG le 08/03/2013
M.L. H.J.	28/06/2010	non	16/04/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 03/10/2014
M. C.	07/09/2010	non	03/09/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
M. D.	07/09/2010	non	28/08/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
M. S.	06/04/2011	oui	25/06/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance: AG dec 2014
M. M.	24/04/2010	non	04/12/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG
M.Z. E.	18/11/2010	oui	04/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG le 08/04/2014
N.C. E.	09/06/2010	oui	09/04/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 14/10/2014
N. G.	29/08/2012	oui	17/02/2015 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 04/09/2015
N. F.	13/06/2010	oui	03/04/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
N.B. D.	07/07/2010	oui	15/05/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG le 21/06/2013
P. S.	31/05/2010	non	03/12/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance
P. S.	27/01/2011	non	17/12/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG le 05/06/2015
P. A.	09/08/2010	non	15/01/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 06/2014
R. N.	13/02/2010	oui	20/02/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 02/07/2013
R. S.	26/03/2012	oui	05/03/2014 : 1 an	Carie de la petite enfance : AG 30/09/2014
R.R. S.	15/05/2010	non	18/06/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance ; AG le 10/01/2014
R.B. T.	17/02/2011	oui	19/12/2013 : 2ans	Carie de la petite enfance : AG le 25/04/2013
R. A. S.	08/05/2011	non	30/04/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
S. C.	24/02/2011	oui	30/10/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
S. A.	15/02/2010	oui	12/06/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 13/12/2013
S. M.	14/10/2012	non	08/04/2015 : 2 ans	Carie de la petite enfance
S. E.	05/05/2010	non	20/11/2013 : 3 ans	Carie de la petite enfance
S. P. Z.	29/09/2011	oui	22/10/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
S. O.	24/11/2010	non	26/05/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
S. T.	19/04/2012	non	16/12/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
S. D.	22/01/2012	oui	01/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance : AG 10/06/2015
S. R.	24/12/2010	non	05/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance : proposition d'AG
T. N.	09/07/2010	non	24/04/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
T. L.	06/12/2010	non	30/07/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG 27/01/2015
T. I.	15/09/2010	oui	27/02/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG 19/07/2013
T. M.	23/02/2012	oui	16/04/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance: AG 24/10/2014 (pas été) AG le 18/09/2015
T. K.	11/02/2012	non	19/11/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
T. T.	14/08/2013	oui	08/04/2015 : 1 an	adressé par la PMI : Carie de la petite enfance
U. B.	06/08/2010	non	30/01/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG 09/09/2014
V.F. D.	05/12/2010	non	16/04/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG 26/09/2014
V. G.	26/06/2011	non	09/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG 08/09/2015
V. L.	25/08/2011	non	10/09/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
V. M.	18/01/2012	oui	19/11/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance AG 12/05/2015
W. E	11/02/2010	oui	10/10/2012 ; 2 ans	Carie de la petite enfance AG 01/02/2013
W. L.	15/03/2011	non	05/02/2014 : 2 ans	Carie de la petite enfance
W. S.	30/05/2011	oui	21/01/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance ; AG le 13/02/2015

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
Y. E.	18/11/2010	non	21/05/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance
Z. M.	03/02/2012	non	03/02/2012 : 2 ans	Carie de la petite enfance : AG avril 2014
Z. C. R.	16/11/2010	oui	18/09/2013 : 2 ans	Carie de la petite enfance
Z. E.	21/05/2011	oui	29/10/2013 : 2 ans	adressé par pédiatre du centre social : Carie de la petite enfance AG 13/06/2014
Z. H.	18/10/2011	oui	22/04/2015 : 3 ans	Carie de la petite enfance AG 23/10/2015
Z. K.	02/02/2011	non	26/02/2014 : 3 ans	Carie de la petite enfance

- Enfants consultant pour un traumatisme dentaire (59 cas)

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
A. D.	03/10/2011	oui	28/01/2015 : 3 ans	Trauma 51
A. K-Y.	24/02/2011	non	24/09/2014 : 3 ans	Trauma 51 61
B. L.	01/06/2012	oui	23/07/2014 : 2 ans	Trauma 51
B. Y.	18/03/2011	non	18/02/2015 : 3 ans	caries & Trauma 61
B. L.	11/04/2011	non	09/10/2013 : 2 ans	Vient pour ME
B.M.B. Y.	25/04/2010	non	31/10/2012 : 2 ans	Trauma
B.C. M.	05/03/2010	non	23/04/2011 : 2 ans	Trauma 51
B. R.	21/11/2010	non	12/09/2013 : 2 ans	Trauma 51 61
C. P.	27/05/2012	oui	24/09/2014 : 2 ans	Trauma 51
C.D. E.	10/07/2012	oui	04/03/2015 : 2 ans	Trauma 51
C.P. L.	19/11/2011	non	21/08/2014 : 2 ans	Trauma 61
C. Z.	22/01/2010	oui	14/10/2013 : 3 ans	Trauma 61
D. S.	02/10/2010	non	19/08/2011 : 10 mois	Trauma
D. N.	20/11/2010	oui	16/02/2012 : 1 an	Trauma 61
D. E.	29/06/2012	non	09/12/2014	Trauma 51 61 62
D.S. J.	27/05/2010	oui	14/05/2014 : 3 ans	Trauma 51 61
D. Y.	17/05/2010	oui	20/11/2013 : 3 ans	Trauma 51
D. E.	31/03/2011	non	25/09/2013 : 2 ans	Trauma 61
D.G. K.	30/08/2011	non	29/01/2014 : 2 ans	Trauma 51 61
D. E.	30/05/2010	non	27/02/2013 : 2 ans	Suite Trauma : ME
A.G. A.	02/04/2010	oui	27/07/2013 : 3 ans	Trauma 51 61
F. M.	24/05/2012	oui	15/12/2014 : 2 ans	Trauma incisives
F. A.	10/04/2011	non	21/07/2014 : 3 ans	Trauma 61
F.L. L.	21/11/2011	non	05/06/2013 : 1 an	Trauma 71 81
F. J.	06/10/2011	oui	13/03/2015 : 3 ans	Trauma 51
F. H.	28/01/2013	non	01/04/2015 : 2 ans	Trauma 51
F. O.	06/07/2012	non	08/04/2015 : 2 ans	Trauma 51 61
G. Z.	24/01/2012	non	07/05/2014 : 2 ans	Trauma 61
G. M.	20/06/2010	non	29/08/2012 : 2 ans	Trauma 51 61
G. L.	29/06/2010	oui	26/02/2014 : 3 ans	Bilan : suite Trauma 51 61
G. E.	08/10/2011	non	11/06/2013 : 1 an	Trauma 51 61
G. F.	09/05/2010	non	05/07/2011 : 1 an	Trauma 51 61
G. A.C.	24/07/2011	non	11/09/2014 : 3 ans	Contrôle après Trauma
H. M.	04/06/2013	oui	18/03/2015 : 1 an	Trauma 51

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
H.M. K.	20/05/2010	oui	20/02/2013 : 2 ans	Trauma 51
I. S.	26/08/2012	non	19/11/2014 : 2 ans	Adressé par dentiste pr extraction 61 post Trauma
I. L.	28/11/2010	non	26/02/2014 : 3 ans	Adressé par dentiste pr extraction 61 post Trauma
J. O.	20/06/2011	oui	26/03/2014 2 ans	Trauma 51
J. Z.	04/12/2011	non	07/05/2014 : 2 ans	Trauma 51
K.H. M.	27/01/2012	non	15/04/2015 : 3 ans	Trauma 51 61 62
K. E.	25/11/2013	non	10/12/2014 : 1 an	Trauma 51 61
L.L. M.	24/01/2010	oui	09/01/2013 : 2 ans	Trauma 51 61
L. G.	13/08/2012	non	18/03/2015 : 2 ans	Trauma 61
M. A.	03/07/2011	non	05/11/2014 : 3 ans	Trauma 61
M. N.	03/09/2010	oui	02/10/2012 : 2 ans	Trauma 51 61
M. E.	03/02/2012	non	25/09/2014 : 2 ans	Trauma 61
M. V.	10/12/2010	non	18/06/2014 : 3 ans	Trauma 51 52 61
N. T.	24/09/2013	non	26/03/2015 : 1 an	Trauma 62 51 52
O.R.A. M.	05/08/2012	non	11/02/2014 : 1 an	Trauma 61
O.N. M.	07/05/2011	oui	19/02/2012 : 1 an	Trauma RAS
P. M.	04/05/2011	non	03/12/2014 : 3 ans	Trauma 61
R. C.	24/07/2012	non	19/03/2014 : 1 an	Trauma 51 61
R. M.	19/07/2011	non	10/09/2014 : 3 ans	Trauma 61 62
R. N.	29/04/2011	oui	02/01/2013 : 1 an	Trauma 51
S. A.	11/02/2011	non	21/01/2015 : 3 ans	Trauma 51
T. N.	07/04/2013	non	28/01/2015 : 1 an	Suite Trauma 61 : extraction
T. A.	08/06/2012	oui	22/10/2014 : 2 ans	Trauma 51
V. M.	17/09/2011	non	22/07/2013 : 1 an	Trauma 51 61
V. S.	19/10/2011	oui	15/01/2014 : 2 ans	Trauma 51

- <u>Consultations de contrôle (23 cas)</u>

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
B. N.	17/12/2011	non	29/01/2014 : 2 ans	Consultation ODF : Cl II.1
B. E.	27/09/2011	non	09/01/2013 1 an	Contrôle
B. A.	08/02/2011	oui	26/03/2014 : 3 ans	Adressé par le méd traitant pr Contrôle : pas de caries
C. A.	21/04/2011	oui	17/07/2013 : 2 ans	Contrôle : RAS
C. I.	17/09/2012	non	23/05/2014 : 1 an	Contrôle : RAS
C. H.	27/12/2010	non	18/09/2013 : 2 ans	Contrôle : tâches noires dues aux bact
D. K.	05/08/2011	non	14/01/2015 : 3 ans	Contrôle : RAS
E.B. L.D.	26/11/2011	oui	24/09/2014 : 2 ans	Pb de minéralisation de l'émail
E. J.	19/09/2012	oui	18/02/2015 : 2 ans	Adressé par dentiste pour tartre +++
F. A.	05/01/2012	oui	01/01/2014 : 2 ans	ATCD : trisomie --> Contrôle RAS
G. S.	05/05/2013	oui	18/02/2015 : 1 an	Contrôle : début déminéralisation : passage brossettes avec duraphat
J. Y.	19/04/2010	oui	08/03/2012 : 1 an	Contrôle : légères déminéralisations 51 61
L. L.	23/08/2010	non	09/01/2013 : 2 ans	Contrôle : ras
M. P.	14/03/2012	non	09/10/2014 : 2 ans	Contrôle : RAS
N. M.C.	13/04/2011	oui	13/04/2011 : 2 ans	Agénésie

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
N. M.	02/08/2010	oui	02/08/2010 : 1 an	Contrôle : ras
P. V.	25/01/2010	non	20/07/2012 : 2 ans	Contrôle : RAS
R. J.	12/04/2013	oui	19/03/2015 : 1 an	Contrôle : RAS
S. E.	05/04/2012	non	11/09/2013 : 1 an	Bilan pour agénésie dents temporaires --> pas de pb pour le moment
S.Z. A.	06/10/2010	oui	09/01/2013 ; 2 ans	Contrôle : RAS
T. M.	14/06/2011	non	24/03/2015 : 3 ans	Contrôle : RAS
T. G.	22/07/2013	non	01/04/2015 : 1 an	Problème fonctionnel du à la tétine
V.D. H.	16/12/2011	non	29/01/2014 : 2 ans	Adressé par médecin pour retard éruption mais RAS

- Consultations pour caries (19 cas)

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
A.A. E.	16/02/2011	non	16/02/2013 : 2 ans	Caries 51 52 61 62
B. I.	31/12/2012	non	02/04/2014 : 1 an	Début de Caries 51 61
B. L.	24/04/2013	non	22/10/2014 : 1 an	Adressé par son pédiatre pour bilan (lésions incisives)
C. S.	06/02/2010	non	09/01/2013 : 2 ans	Caries
E.H. H.	29/01/2010	oui	20/02/2013 : 3 ans	Carie 75
H. A.	23/01/2011	oui	14/01/2015 : 3 ans	Caries 84 85
J. T.	11/12/2010	oui	13/11/2013 : 2 ans	Caries 61 51
K. C.	08/01/2010	non	02/03/2013 : 2 ans	Bilan : Carie 53
K. T.	03/11/2011	oui	26/02/2014 : 2 ans	Amélogénèse imparfaite + Caries
L.T. N.	08/05/2010	oui	26/03/2013 : 3 ans	1ère consult : Caries 84 85 54
M. A.	27/10/2011	oui	29/10/2014 : 3 ans	Caries 54 64
M. H.	18/02/2010	oui	30/09/2013 : 3 ans	Caries 85
P.D.S. L.	21/07/2011	non	16/04/2014 : 2 ans	Caries 74 84
P. T.	27/12/2010	non	27/08/2014 : 3 ans	Caries 61 51
C. A.	05/04/2011	oui	01/10/2013 : 2 ans	Caries sur les 5
R. M.	09/08/2010	oui	22/05/2013 : 2 ans	Caries 54 64
T. M.	11/11/2011	non	28/05/2013 : 2 ans	Caries 54 84
U. S.S.	31/03/2012	oui	29/04/2015 : 3 ans	Adressé par le pédiatre (sillons infiltrés sur les 5)
Z. H.	07/03/2010	oui	26/06/2013 : 3 ans	Caries 51 61

- Consultations d'urgence, autres que traumatisme ou carie (12 cas)

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
A. K.	02/06/2013	non	14/05/2014 : 11mois	Urg : Inflammation de la gencive
A. D.	21/12/2010	non	17/11/2014 : 3 ans	Urg : douleur 74 75
A. Y.	22/03/2011	non	18/03/2015 : 3 ans	Urg : douleur 75
B.S. G.	21/02/2013	non	15/04/2015 : 2 ans	Urg : Inflammation de la gencive
B.B. L.	07/06/2013	non	08/04/2015 : 1 an	Adressé par son médecin généraliste pour retard d'éuption
C.D.M. H.	07/10/2011	oui	24/09/2014 : 2 ans	Urg : Inflammation de la gencive
D. A.	02/05/2013	oui	21/08/2013 : 3 mois	Présence de kystes gingivaux
L. N.	06/07/2013	non	06/10/2014 : 1 an	Urg : pb éruption 74

Initiales	Date de naissance	Pédiatre ou médecin mentionné dans le dossier	Age à la 1ère consultation	Motif de consultation
O.D. H.	16/07/2012	non	24/10/2012 : 3 mois	Extraction dents néonatales mobiles
O. K.	27/05/2013	oui	11/02/2015 : 1 an	Extraction 52 51 61 62
T.B. A.	30/10/2011	non	30/01/2013 : 1 an	Pb d'éruption
Z. M.	13/04/2011	oui	17/01/2014 : 2 ans	Urg : syndrome du septum

ANNEXE 2 : ANALYSES DE CONTENU – FACTEURS ETIOLOGIQUES

- <u>Puéricultrices :</u>

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	BROSSAGE	MOMENT BROSSAGE	Pas de brossage surtout le soir	2	2	55	99	362 (99+10+216+37)	**27,3%** (99/362*100)
		FREQUENCE BROSSAGE	Insuffisance voire nulle	1	5				
			Manque de régularité	4					
		ABSENCE BROSSAGE	Absence brossage dents de lait	3	29				
			Pas de brossage des dents	26					
		INEFFICACITE	Mauvais brossage	9	16				
			Brossage de dents inefficace voire absent	6					
			Lavage des dents effectué mais mal et pas assez long ou pas assez souvent	1					
		TECHNIQUE BROSSAGE	Mauvaise technique de brossage	1	3				
			Brosse à dents inadaptée	1					
			Hygiène manuelle défaillante	1					
	HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN GENERAL	ABSENCE HYGIENE	Absence d'hygiène bucco-dentaire	11	16	40			
			Pas d'hygiène dentaire chez le tout-petit	5					
		MAUVAISE HYGIENE	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	18	21				
			Mauvaises habitudes familiales pour le brossage des dents	3					
			Hygiène bucco-dentaire	3	3				
	FACTEUR BACTERIEN		Les bactéries	4	4	4			
SUCCIONS NON NUTRITIVES	TETINE	Seule	Sucette laissée constamment dans la bouche de l'enfant	3	3	9	10	362 (99+10+216+37)	**2,8%** (10/362*100)
		Trempée dans qq chose	Miel	1	1				
		Trempée dans qq chose	Solution sucrée	1	1				
		Parents	Mise dans la bouche des parents pour la nettoyer et remise dans la bouche de l'enfant	4	4				
	POUCE	Succion	Succion continue du pouce entrainant un milieu acide et des déformations dentaires	1	1	1			
ALIMENTA-TION	BOISSONS SUCREES	ALLAITEMENT ARTIFICIEL	Bib de lait (sucré ou non) donné pour endormir l'enfant et laissé à disposition la nuit	46	63 17,4% (63/362*100)	117	202		
			Biberons de chocolat au coucher sans lavage de dents	3					
			Bib de lait au coucher et/ou durant la nuit au-delà de 18mois/2ans	4					
			Persistance de bib la nuit après 6 mois	2					
			Bib de lait ou autre à disposition dans la journée et la nuit	8					
		ALLAITEMENT MATERNEL	Allaitement maternel prolongé	2	4 1,1%				
			Le sein en permanence dans la bouche, surtout la nuit	1					
			Allaitement important, notamment la nuit, passée la période physiologique de tétées nutritives	1					
		SIROP	Biberons de sirop la nuit	2	10 2,8%				
			Sirop	3					
			Bib d'eau sucrée	5					
		SODAS	Boisson gazeuse ou sucrée toute la journée	1	11 3,0%				
			Sodas	6					
			Bib de soda	4					
		JUS DE FRUITS	Biberons de jus de fruit	5	7				

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
			Jus de fruits	2	1,9%			362 (99+10+216+37)	**55,8%** (216/362*100)
		BOISSONS SUCREES EN GENERAL	Boissons sucrées	9	26 7,2%				
			Boisson sucrée laissé à l'enfant de façon continue notamment la nuit	5					
			Bib de boissons sucrées	5					
			Consommation excessive et précoce de boissons sucrées	6					
			Prise de boissons sucrées sans brossage des dents	1					
	ALIMENTS SUCRES	**BONBONS**	Bonbons	14	16 4,4%	53			
			Bonbons donnés régulièrement à l'enfant pour le calmer ou obtenir son adhésion	2					
		GATEAUX	Gâteaux	6	10 2,8%				
			Sucreries et/ou viennoiseries industrielles entre les repas	2					
			Céréales	2					
		LE SUCRE DE MANIERE GENERALE	Sucre	8	37 10,2%				
			Trop de sucreries	15					
			Aliments sucrés	14					
	ALIMENTS ACIDES		Aliments acides	2	2	2			
	FREQUENCE DES PRISES ALIMENTAIRES	**GRIGNOTAGE**	Grignotage d'aliments sucrés	6	15 4,1%	15			
			Grignotage	8					
			Consommation régulière de sucre, notamment la nuit	1					
	HYGIENE ALIMENTAIRE		Alimentation déséquilibrée	12	15 4,1%	15			
			Alimentation	2					
			Carences alimentaires	1					
TERRAIN & ENVIRONNE-MENT	**FACTEURS INTRINSEQUES**	**GENETIQUE**	Prédispositions génétiques	5	6	25	37	362 (99+10+216+37)	**10,2%** (37/362*100)
			Anomalie génétique	1					
		ANOMALIE DE L'EMAIL	Email fragilisé	4	6				
			Constitution de la dent elle-même	2					
		CARENCES	Carences en fluor	1	4				
			Carences	1					
			Peu ou pas d'apport en calcium	1					
			Non supplémentation de calcium par la mère durant la grossesse	1					
		SALIVE	Mauvaise qualité du pH de la salive	2	6				
			Acidité de la salive	1					
			Acidité buccale	1					
			Nature de la salive	2					
		ETAT GENERAL	Mauvais état de santé général pouvant influer sur la qualité de l'émail de la dent et la composition de la salive	1	3				
			Facteur physiologique et pathologique propre à chaque individu	1					
			Certaines pathologies	1					
	FACTEURS EXTRINSEQUES	**TABAC**	Tabac	2	2	12			
		ALCOOL	Alcool	2	2				
		MEDICAMENTS	Prise de certains médicaments	1	1				
		NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	La précarité	2	3				
			Niveau socio éco des parents	1					
		FACTEUR CULTUREL	Facteur culturel des parents	1	2				
			Habitudes alimentaires liées à la culture	1					
		SUIVI CHEZ LE DENTISTE	Pas ou peu de suivi régulier chez le dentiste	1	1				
		SEDENTARITE	Sédentarité : temps important devant les écrans	1	1				

- Sages-femmes : (en bleu : les contenus qui ne figuraient pas dans les réponses des puéricultrices)

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
HYGIENE BD	BROSSAGE	MOMENT BROSSAGE	Pas de brossage surtout le soir	2	2	63	229	658 (229+7+255 +165+2)	**34,8%** (229/658*100)
		FREQUENCE BROSSAGE	Manque de régularité	2	2				
		ABSENCE BROSSAGE	Pas de brossage des dents	16	16				
		INEFFICACITE BROSSAGE	Mauvais brossage	25	43				
			Mauvais brossage en qualité et en quantité	2					
			Brossage de dents inefficace voire absent	13					
			Lavage des dents effectué mais mal et pas assez long ou pas assez souvent	3					
	HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN GENERAL	ABSENCE HYGIENE	Absence d'hygiène bucco-dentaire	14	15	139			
			Pas d'hygiène dentaire chez le tout-petit	1					
		MAUVAISE HYGIENE	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	113	124				
			Absence d'utilisation fil dentaire	1					
			Hygiène bucco-dentaire	10					
	FACTEUR BACTERIEN		Les bactéries	17	27	27			
			Facteur infectieux	3					
			Plaque dentaire	6					
			Déséquilibre flore BD	1					
SUCCIONS NON NUTRITIVES	TETINE	Seule	Sucette laissée constamment dans la bouche de l'enfant	2	2	7	7	658 (229+7+255 +165+2)	**1,1%** (7/658*100)
		Trempée dans qq chose	Solution sucrée	2	2				
		Parents	Mise dans la bouche des parents pour la nettoyer et remise dans la bouche de l'enfant	2	3				
			Bactéries transmises lors des échanges de sucettes	1					
ALIMENTA-TION	BOISSONS SUCREES	ALLAITEMENT ARTIFICIEL	Bib de lait (sucré ou non) donné pour endormir l'enfant	4	7	30	255	658 (229+7+255 +165+2)	**38,8%** (255/658*100)
			Bib de lait ou autre à disposition dans la journée et la nuit	2					
			Allaitement artificiel	1					
		ALLAITEMENT MATERNEL	Allaitement maternel prolongé	2	2				
		SIROP	Bib d'eau sucrée	2	2				
		SODAS	Sodas	2	2				
		JUS DE FRUITS	Jus de fruits	1	1				
		BOISSONS SUCREES EN GENERAL	Boissons sucrées	9	16				
			Boisson sucrée laissée à l'enfant de façon continue notamment la nuit	3					
			Consommation excessive et précoce de boissons sucrées	2					
			Prise de boissons sucrées sans brossage des dents	1					
			Boissons sucrées à la place de l'eau	1					
	ALIMENTS SUCRES	BONBONS	Bonbons	3	4	151			
			Chewing gum	1					
		LE SUCRE DE MANIERE GENERALE	Sucre	57	147				
			Trop de sucreries	34					
			Aliments sucrés	54					
			Apport sucré trop tôt et trop souvent	1					
			Amidon	1					
	ALIMENTS ACIDES		Aliments acides	8	8	8			
	FREQUENCE DES PRISES ALIMENTAIRES	GRIGNOTAGE	Grignotage d'aliments sucrés	2	19	19			
			Grignotage	10					
			Consommation régulière de sucre, notamment la nuit	7					
	HYGIENE ALIMENTAIRE		Alimentation déséquilibrée	22	47	47			
			Alimentation	19					
			Carences alimentaires	1					
			Dénutrition	1					

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
			Consommation excessive de sel et de gras	3					
			Nature des aliments	1					
TERRAIN & ENVIRONNE-MENT	FACTEURS INTRINSEQUES	GENETIQUE	Prédispositions génétiques	16	22	116	165	658 (229+7+255 +165+2)	**25,1%** (165/658*100)
			Terrain familial	6					
		ANOMALIE DE L'EMAIL	Email fragilisé	13	17				
			Constitution de la dent elle-même	2					
			Mauvaise qualité de la dentition	2					
		FACTEURS LOCAUX	Malpositions dentaires	2	9				
			Inflammation des gencives	3					
			Tartre	4					
		CARENCES	Carences en fluor	4	10				
			Carences	2					
			Peu ou pas d'apport en calcium	3					
			Carences en vitamine D	1					
		SALIVE	Mauvaise qualité du pH de la salive	5	10				
			Acidité de la salive	1					
			Nature de la salive	3					
			Défaut des biofilms protecteurs	1					
		ETAT GENERAL	Etat général	4	33				
			Age	1					
			Fatigue	1					
			Immunodépression	13					
			Diabète	8					
			Reflux acides et vomissement à répétition	4					
			Infection d'un autre organe non traité	1					
			Etats hormonaux	1					
		STRESS	Stress	2	2				
		GROSSESSE	Grossesse	11	13				
			Fragilité au cours de la grossesse	1					
			Modification de la flore buccale au cours de la grossesse	1					
	FACTEURS EXTRINSEQUES	TABAC	Tabac	22	22	49			
		ALCOOL	Alcool	9	9				
		DROGUE	Drogue	3	3				
		MEDICAMENTS	Prise de certains médicaments	2	3				
			Traitement chimio	1					
		NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	La précarité	2	5				
			Niveau socio éco des parents	2					
			Mauvaise hygiène de vie	1					
		SUIVI CHEZ LE DENTISTE	Pas ou peu de suivi régulier chez le dentiste	6	7				
			Défaut de soin	1					
NE SAIT PAS				2	2	2	2	658 (229+7+255 +165+2)	**0,3%** (2/658*100)

- Auxiliaires de puériculture : (en rouge : les contenus qui ne figuraient ni dans les réponses des puéricultrices, ni dans celles des sages-femmes)

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
HYGIENE BD	BROSSAGE	MOMENT BROSSAGE	Non lavage des dents après chaque repas	1	1	19	38	133 (38+4+66+22+3)	**28,6%** (38/133*100)
		FREQUENCE BROSSAGE	Manque de régularité	2	2				
		ABSENCE BROSSAGE	Absence brossage dents de lait	2	6				
			Pas de brossage des dents	4					
		INEFFICACITE BROSSAGE	Mauvais brossage	6	9				
			Brossage de dents inefficace voire absent	3					
		TECHNIQUE BROSSAGE	Mauvaise technique de brossage	1	1				
	HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN GENERAL	ABSENCE HYGIENE	Absence d'hygiène bucco-dentaire	2	2	17			
		MAUVAISE HYGIENE	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	11	15				
			Hygiène bucco-dentaire	4					
	FACTEUR BACTERIEN		Les bactéries	2	2	2			
SUCCIONS NON NUTRITIVES	TETINE	Seule	Tétine	2	2	4	4	133 (38+4+66+22+3)	**3,0%** (4/133*100)
		Trempée dans qq chose	Miel	1	1				
		Parents	Mise dans la bouche des parents pour la nettoyer et remise dans la bouche de l'enfant	1	1				
ALIMENTATION	BOISSONS SUCREES	ALLAITEMENT ARTIFICIEL	Biberons de lait en continu et la nuit	4	7	22	66	133 (38+4+66+22+3)	**49,6%** (66/133*100)
			Bib de lait (sucré ou non) donné pour endormir l'enfant	1					
			Allaitement artificiel	2					
		SIROP	Bib de sirops	2	2				
		SODAS	Boisson gazeuse ou sucrée toute la journée	1	4				
			Sodas	1					
			Bib de soda	2					
		BOISSONS SUCREES EN GENERAL	Boissons sucrées	5	9				
			Boisson sucrée laissée à l'enfant de façon continue notamment la nuit	1					
			Bib de boissons sucrées	1					
			Consommation excessive et précoce de boissons sucrées	1					
			Boissons sucrées à la place de l'eau	1					
	ALIMENTS SUCRES	BONBONS	Bonbons	3	4	34			
			Chocolat	1					
		GATEAUX	Gâteaux	1	1				
		LE SUCRE DE MANIERE GENERALE	Sucre	15	29				
			Trop de sucreries	5					
			Aliments sucrés	9					
	ALIMENTS ACIDES		Aliments acides	1	1	1			
	FREQUENCE DES PRISES ALIMENTAIRES	GRIGNOTAGE	Grignotage	1	1	1			
	HYGIENE ALIMENTAIRE		Alimentation déséquilibrée	4	8	8			
			Alimentation	4					
TERRAIN & ENVIRONNE-MENT	FACTEURS INTRINSEQUES	GENETIQUE	Prédispositions génétiques	3	3	8	22	133 (38+4+66+22+3)	**16,5%** (22/133*100)
		ANOMALIE DE L'EMAIL	Mauvaise qualité de la dentition	1	1				
		CARENCES	Carences en fluor	1	2				
			Peu ou pas d'apport en calcium	1					
		ETAT GENERAL	Etat général	1	1				
		STRESS	Stress	1	1				
	FACTEURS EXTRINSEQUES	TABAC	Tabac	3	3	14			
		ALCOOL	Alcool	2	2				
		NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	Niveau socio économique	2	2				
		FACTEUR CULTUREL	Facteur familial	1	1				
		NIVEAU D'INFORMATION	Manque d'information	4	6				
			Méconnaissance des risques par les parents	2					

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL REPONSES PAR ITEM	TOTAL REP PR LES FACT ETIOLOGIQ	% DE REP PR LES FACT ETIOLOGIQ
NE SAIT PAS				3	3	3	3	133 (38+4+66+22 +3)	**2,3%** (3/133*100)

ANNEXE 3 : ANALYSES DE CONTENU – LIEN ALLAITEMENT / CARIE

- <u>Puéricultrices :</u>

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FREQUENCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGO-RIE	TOTAL DE REP PAR ITEM	TOTAL DE REP PR ALLAITE-MENT	% DE REP PAR ITEM
LIEN ALLAITEMENT ET CARIE	**REPERCUSSIONS CHEZ L'ENFANT**	**Allaitement protecteur vis-à-vis des caries**	Allaitement préventif pour les caries	1	3	22	22	94 (22+70+2)	**23,4%** (22/94*100)
			Favorise la minéralisation	1					
			Présence d'IgA et d'IgG qui participent à la lutte contre le streptocoque	1					
		Allaitement favorise les caries	Le lait est composé de sucre donc si allaitement prolongé : risque de caries si pas de brossage	2	11				
			Risque de carie pour un enfant qui passe bcp de temps au sein	3					
			Allaitement maternel prolongé jusqu'à 18-24 mois la nuit (quand l'enfant a des dents) est un facteur de risque pour les caries	6					
		Différences allaitement maternel et allaitement artificiel	Plus de risque d'avoir des caries pour un enfant nourri au lait artificiel par rapport à un enfant nourri au sein	1	8				
			Allaitement maternel ne diminue pas le pH de la cavité buccale donc ne contribue pas à la prolifération microbienne (contrairement aux laits artificiels)	1					
			Biberon de lait artificiel donné la nuit ou à disposition la journée favorise les caries	3					
			Ajout de farine et de sucre dans le lait artificiel : biberon bu dans le lit le soir ou à disposition la journée sans rinçage des dents favorise les caries	1					
			Ajout de sucres dans le lait artificiel, alors que lait maternel est peu sucré	1					
			Pas de lien entre allaitement maternel exclusif et carie, mais lien entre allaitement artificiel et carie	1					
PAS DE LIEN ALLAITEMENT ET CARIE			Pas de lien entre allaitement et maladie carieuse	70	70	70	70		**74,5%** (70/94*100)
NE SAIT PAS			Demande des explications	1	2	2	2		**2,1%** (2/94*100)
			Ne sait pas	1					

- Sages-femmes :

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL DE REP PAR ITEM	TOTAL DE REP PR ALLAITEMENT	% DE REP PAR ITEM
LIEN ALLAITEMENT ET CARIE	REPERCUSSIONS CHEZ LA MERE	Carences	Carences en calcium	6	10	14	50	221 (50+159+12)	22,6% (50/221*100)
			L'allaitement puise dans les réserves maternelles : dentition plus fragile par manque de certains minéraux	1					
			Carences chez la mère en cas d'alimentation déséquilibrée pendant l'allaitement ou aggravation de carence préexistante	2					
			Anticorps du lait maternel	1					
		Lien hormonal	Lien hormonal	2	4				
			Les hormones produites lors de l'allaitement influent sur les conditions locales de la bouche	1					
			Prolactine et sensibilités de la dent	1					
	REPERCUSSIONS CHEZ L'ENFANT	Allaitement protecteur vis-à-vis des caries	Allaitement préventif pour les caries	10	14	36			
			L'allaitement protège des caries par le fait de transmettre de « bonnes bactéries »	1					
			L'allaitement diminue le risque de carie grâce au lait maternel en soi. Cela élimine aussi l'habitude de certaines mères de laisser l'enfant s'endormir avec le biberon dans la bouche.	1					
			L'allaitement diminue la survenue des caries chez les enfants grâce à ses propriétés anti bactériennes, anti inflammatoires et cicatrisantes	1					
			L'allaitement évite la stagnation de lait au fond de la bouche	1					
		Allaitement favorise les caries	L'allaitement de très longue durée favorise les caries	5	12				
			L'allaitement de longue durée ne permet pas une diversification alimentaire précoce et cela a un impact sur les dents	1					
			Le lait est composé de sucres donc si allaitement prolongé : risque de caries si pas de brossage	2					
			Risque de carie pour un enfant qui passe bcp de temps au sein	2					
			Allaitement maternel prolongé jusqu'à 18-24 mois la nuit (quand l'enfant a des dents) est un facteur de risque pour les caries	1					
			Déficit en oligo-éléments dans le lait	1					
		Différences allaitement maternel et allaitement artificiel	Plus de risque d'avoir des caries pour un enfant nourri au lait artificiel par rapport à un enfant nourri au sein	1	7				
			L'allaitement artificiel augmente le risque de carie, alors que l'allaitement protège	1					
			Biberon de lait artificiel (sucré ou non) donné la nuit ou à disposition la journée favorise les caries	5					
		Croissance faciale	La succion au sein modèle mieux le palais	1	3				
			L'allaitement aide au développement de la mâchoire et préviendrait les malpositions dentaires	2					
PAS DE LIEN ALLAITEMENT ET CARIE			Pas de lien entre allaitement et maladie carieuse	159	159	159	159		71,9% (159/221*100)
NE SAIT PAS			Demande des explications	1	12	12	12		5,4% (12/221*100)
			Ne sait pas	11					

- <u>Auxiliaires de puériculture :</u>

ITEM	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SS CATEGORIE	SS TOTAL PAR CATEGORIE	TOTAL DE REP PAR ITEM	TOTAL DE REP PR ALLAITEMENT	% DE REP PAR ITEM
LIEN ALLAITEMENT ET CARIE	**REPERCUSSIONS CHEZ LA MERE**	**Allaitement favorise les caries**	Pendant l'allaitement l'enfant absorbe des nutriments de la mère ce qui provoque des caries	1	1	1	5 (1+4)	47 (5+40+2)	**10,6%** (5/47*100)
	REPERCUSSIONS CHEZ L'ENFANT	**Allaitement protecteur vis-à-vis des caries**	Allaitement préventif pour les caries	1	1	4			
		Allaitement favorise les caries	Le lait est composé de sucre donc si allaitement prolongé : risque de caries si pas de brossage	3	3				
PAS DE LIEN ALLAITEMENT ET CARIE			Pas de lien entre allaitement et maladie carieuse	40	40	40	40		**85,1%** (40/47*100)
NE SAIT PAS			Ne sait pas	2	2	2	2		**4,3%** (2/47*100)

ANNEXE 4 : ANALYSES DE CONTENU - REMARQUES

- <u>Puéricultrices :</u>

CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FRQCE APPARIT° REPONSES	SS TOTAL PAR SOUS CATEGORIE	SOUS TOTAL PAR CATEGORIE
Intérêt pour l'étude	**Sujet intéressant**	Sujet intéressant en termes de santé publique et pas toujours abordé avec les familles	1	8	**21** 22,8% (21/92*100)
		Travail intéressant	6		
		L'éducation des parents avant la naissance est une très bonne idée car ce sujet est rarement voire jamais abordé en prénatal	1		
	Demande d'informations	Manque d'information ludique à distribuer aux parents ou à afficher en salles d'attente	4	11	
		Manque de connaissances des parents d'enfants en bas âge	5		
		Nécessité d'un support d'informations pour les puéricultrices de pmi	1		
		Information donnée trop tardivement aux parents	1		
	Demande de formation	Souhaite être mieux formé au dépistage	1	2	
		Améliorer la formation initiale des puéricultrices concernant la prévention des maladies BD chez l'enfant	1		
Nécessité de prévention bucco-dentaire	**Prévention dans les écoles maternelles**	Demande de prévention par les professionnels de santé dentaires auprès des enfants en maternelle	2	11	**13** 14,1% (13/92*100)
		Sensibiliser les parents de façon précoce	7		
		Favoriser la prévention en prénatal, lors de groupes d'éveil en PMI, dans les lieux d'accueil à la petite enfance, auprès des assistantes maternelles et dans les maternelles	2		
	Prévention BD chez les professionnels de santé : médecins, dentistes, PMI…	Proposer une consultation BD chez un dentiste pédiatrique ou chez un médecin de PMI gratuite à 12, 24 et 36 mois	1	2	
		Prévention au sein de la pmi	1		
Demande de matériel	Brosses à dents	Demande de brosses à dents à distribuer en consultation	3	3	5
	Dentifrice	Demande d'échantillons de dentifrice à distribuer	2	2	
Actions déjà en place	**Prévention**	Prévention dans les écoles maternelles	3	4	9
		Prévention autour de l'éducation BD à Limoges	1		
	Dépistage	Observation de tâches blanches sur les dents ou autre : conseil d'aller chez le dentiste	3	5	
		Observation de caries à un stade avancé chez de jeunes enfants : conseil d'aller à l'hôpital	1		
		La confirmation du diagnostic devant se faire par le médecin, je peux supposer un risque de carie formée mais pas le diagnostiquer	1		
Propositions d'actions	**Prise en charge**	Prise en charge de la carie sans honoraires	1	1	1
Remarques plus générales	**Allaitement**	L'allaitement maternel même de longue durée n'est probablement pas aussi néfaste sur la CPE car il apporte plus à l'enfant, notamment sels minéraux, relationnel, gratuité du lait, et l'écourter découragerait les mamans qui ne sont pas nombreuses à le pratiquer	1	2	16
		L'allaitement maternel peut effectivement être une cause de carie dentaire si l'enfant tête en permanence en particulier la nuit	1		
	Dentiste	Certains dentistes ne soignent pas les jeunes enfants (sous prétexte que les dents de lait tombent) et ne sont pas sensibilisés à cette prévention précoce	3	5	
		Nécessité de travail en collaboration entre dentistes et professionnels de la petite enfance pour lutter contre la CPE	1		
		Démarrer les soins précocement et dédramatiser chez l'adulte la visite chez le dentiste	1		
	Pratique quotidienne	Plus attentive aux bébés et enfants qu'aux mamans et futures mamans	1	8	
		Education et prévention des caries non réalisée en systématique dans le service, mais plutôt réservé pour les cas « à risque »	1		
		je parle de l'hygiène BD plus spécifiquement à partir de 18 mois / 2 ans des enfants, plus rarement plus tôt sauf dans des cas spécifiques de mauvaises habitudes alimentaires	1		
		Intéressant de me confronter à mes méconnaissances dans ce domaine. Je penserai davantage à parler de l'hygiène dentaire dans mes entretiens car cela est souvent négligé dans les services.	1		
		Je ne fais pas le lien ou très peu entre les tétées la nuit et le risque d'apparition de caries, alors que je le fais quand il s'agit du biberon… peut-être en lien avec les bénéfices de l'allaitement dans la relation mère bébé et le fait que les tétées sont parfois plus abondantes la nuit pour certaines mamans; celles -cis ont parfois besoin de maintenir une tétée la nuit après la reprise du travail pour maintenir ce lien privilégié et prolonger ainsi l'allaitement...	1		
		Le risque de CPE lors des allaitements longs et prolongés est peu pris en compte lors des suivis	1		
		Parfois difficile de sensibiliser les familles au syndrome du biberon étant donné qu'ils pensent que seules les dents de lait seront touchées	1		
		Prise de biberon sucré à éviter quand l'enfant commence la diversification et brossage des dents vers 18 mois	1		
	Divers	Questions pas suffisamment précises	1	1	

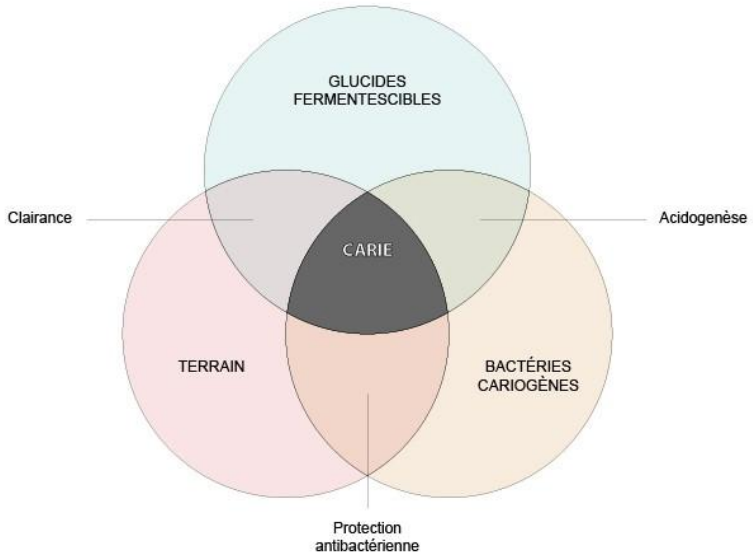
- Sages-femmes :

CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FREQUENCE APPARITION REPONSES	SOUS TOTAL PAR SOUS CATEGORIE	SOUS TOTAL PAR CATEGORIE
Intérêt pour l'étude	**Sujet intéressant**	Travail intéressant, demande de retour d'information	25	25	**45** 20,7% (45/217*100)
	Demande d'informations	Nécessité d'une plaquette à distribuer aux parents	8	16	
		Faire de l'information aux professionnelles de santé	8		
	Demande de formation	Demande de cours pendant les études de sage-femme par un pédodontiste ou sage-femme formée	1	4	
		Nécessité de formation continue	3		
Nécessité de prévention bucco-dentaire	**Prévention dans les écoles maternelles**	Sensibiliser les parents de façon précoce	1	2	**4** 1,8% (4/217*100)
		Favoriser la prévention en prénatal, lors de groupes d'éveil en PMI, dans les lieux d'accueil à la petite enfance, auprès des assistantes maternelles et dans les maternelles	1		
	Prévention BD chez les professionnels de santé : médecins, dentistes, PMI…	Prévention par les pédiatres, les médecins généralistes, les puéricultrices	1	2	
		Prévention au sein de la pmi	1		
Formation	**Absence de formation**	Absence de formation au cours des études de sages- femmes	13	28	**31** 14,3% (31/217*100)
		Absence de formation continue pour les sages-femmes	2		
		Aucune connaissance ou connaissances insuffisantes sur la santé buccodentaire des enfants	13		
	Amélioration de la formation	Améliorer la formation initiale des sages-femmes	1	3	
		Améliorer le lien entre santé BD, infection et pathologie de grossesse (type MAP, rupture prématurée des membranes…)	1		
		Pas assez de sensibilisation à la santé BD durant les études	1		
Actions déjà en place	**Prévention**	BBD pour les femmes enceintes	4	4	4
Suggestions	**Prise en charge**	BBD pour bébé	1	1	2
	Prévention	Participation des dentistes dans les réseaux de soins périnataux	1	1	
Remarques plus générales	**Allaitement**	L'allaitement maternel ne donne pas de carie	1	1	24
	Dentiste	Certains dentistes ne soignent pas les jeunes enfants (sous prétexte que les dents de lait tombent) et ne sont pas sensibilisés à cette prévention précoce	1	6	
		Souvent les dentistes ne veulent pas prendre en charge les femmes enceintes	5		
	Pratique quotidienne	Santé buccodentaire abordée pendant la grossesse mais uniquement pour la mère.	2	11	
		Il est difficile d'aborder la santé buccodentaire pendant les entretiens, surtout pour des patientes dont l'hygiène est défectueuse.	1		
		Prévention sur la santé buccodentaire de la mère au cas par cas, quand présence de signes d'appel uniquement	5		
		On ne parle encore que très peu des pb dentaires comme étiologie dans les MAP	2		
		Nous demandons à nos patientes au cours de la grossesse si elles ont vu un dentiste récemment car des infections dentaires non traitées peuvent entrainer des MAP. Nous nous limitons souvent à cette question car nous avons bcp d'autres thèmes à aborder et peu de temps.	1		
	Divers	En prénatal, ce n'est pas forcément le bon moment pour donner les conseils aux parents car il y a déjà bcp d'informations délivrées, et les parents sont préoccupés par le court terme	2	3	
		La grossesse est un bon moment pour parler de santé buccodentaire pour le futur enfant	1		
	Questions	Sucette et caries ?	1	3	
		L'allaitement repousse-t-il les poussées dentaires chez le nouveau né ?	1		
		Sensibilités ou douleurs dentaires ?	1		

- Auxiliaires de puériculture :

CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE	CONTENU	FREQUENCE APPARITION REPONSES	SOUS TOTAL PAR SOUS CATEGORIE	SOUS TOTAL PAR CATEGORIE
Intérêt pour l'étude	**Sujet intéressant**	Travail intéressant	1	2	**10** 21,3% (10/47*100)
		Effectivement, la prévention de la carie chez l'enfant débute dès la conception du bébé	1		
	Demande d'informations	Nécessité d'une plaquette à distribuer aux parents, dans les crèches, les maternités…	5	5	
	Demande de formation	Former les professionnels qui touchent les enfants et leurs parents	1	3	
		Inclure un cours par un spécialiste sur la prévention des caries dans la formation des AP	2		
Nécessité de prévention bucco-dentaire	**Prévention dans les crèches et les écoles maternelles**	Sensibiliser les parents de façon précoce	1	6	**6** 12,8% (6/47*100)
		Favoriser la prévention en prénatal, lors de groupes d'éveil en PMI, dans les lieux d'accueil à la petite enfance, auprès des assistantes maternelles et dans les maternelles	2		
		Renforcer les campagnes de prévention dans les crèches, les écoles, les centres de loisir…	3		
Remarques plus générales	**Pratique quotidienne**	Nous disposons de brosse à dents à usage unique et je trouve cela très bien : soit pour initier les enfants, soit pour dépanner ceux qui l'ont oublié.	1	3	3
		Difficile d'aborder le sujet de la prévention buccodentaire car nous nous préoccupons bcp plus de la mise en route de l'alimentation, de la surveillance des signes cliniques (pleurs, fievre etc..), du lien affectif parents-enfants	1		
		Il y a le même souci pour la 1ere visite chez l'ophtalmologue qui se situe vers 9mois… très peu de parents le savent et les médecins ne le précisent pas tous	1		

ANNEXE 5 : SCHÉMA DE KEYES



ANNEXE 7 : TABLEAU RÉSUMANT LES CONSEILS POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS (74).

Tableau 1
Surveillance et conseils pour la santé buccodentaire de 0 à 6 ans [1]

Femme enceinte : rythme des visites et informations	*Premier et dernier trimestres de la grossesse* (ou plus en fonction du risque) : contrôle et applications de vernis F et/ou chlorhexidine. Les soins sont préférentiellement réalisés au 2nd trimestre. Attention au tabac : risque de faible poids à la naissance et d'anomalies d'émail. *Informations sur les bienfaits de l'allaitement au sein* pour le développement de la face, et sur la tétée orthostatique avec le biberon.
Éruption	*L'âge d'éruption des dents temporaires* (20 dents entre 6 et 30 ± 3 mois) et les désagréments liés aux éruptions (notamment les mythes et réalités liés à la douleur des éruptions et à leur prise en charge : anneau de dentition réfrigéré, antalgiques nécessaires) ; l'éruption dentaire ne doit pas tout expliquer, notamment des fièvres élevées.
Fluor	*Chez la femme enceinte : n'est plus conseillé sous forme systémique mais il reste nécessaire sous forme topique.* *Chez le bébé, la supplémentation* se fait à *0,05 mg/kg par jour* en fonction du risque carieux et du bilan fluoré [8] Préconisez des eaux embouteillées (pas d'eau de source) de concentration inférieure à 0,3 ppm (mg/l) de fluor pour le biberon Donnez des recommandations en cas d'ingestion accidentelle (faire boire du lait + appellez le centre antipoison) Après 2 ans, en fonction des habitudes familiales et de l'importance de la fratrie, on pourra choisir du sel fluoré à la place des comprimés (attention à la compliance) Le risque carieux devra être réévalué au fur et à mesure de la croissance et des évènements personnels et familiaux [8]
Conseils pour l'hygiène buccodentaire du tout petit	Nettoyage des dents dès leur apparition à l'aide d'une compresse humide puis d'une petite brosse, tenue par les parents, sans dentifrice au départ ou avec une trace de dentifrice faiblement concentré (250 ppm) puis un petit pois de dentifrice à 500–600 ppm La position : l'enfant en position couchée sur la table à langer puis adossé contre son parent pour être confortablement installé *Il est essentiel de faire rentrer cette habitude dans leur rituel quotidien*
Vie quotidienne	*Transmission des flores carieuse et parodontale.* Évitez les gestes « contaminateurs » : contacts buccaux, succion des tétines, échange de cuillères ; la brosse à dents est personnelle.
Nutrition	Risque lié au biberon rempli avec autre chose que de l'eau et laissé à disposition, ou à l'allaitement ad libitum après six mois. **Donner l'habitude de boire de l'eau en cas de soif**. Il faut parler du danger des fréquents apports sucrés ; Entre 6 mois et 2 ans : apprendre à mastiquer car la succion est une fonction innée alors que la mastication présente, elle, une part d'acquis Apprendre à boire à la tasse tôt, dès qu'il y a des dents. Offrir une alimentation diversifiée en goût et en texture, source de plaisir et de découverte. *Enfant plus grand : attention au grignotage, aux habitudes de biberon* (après en avoir expliqué la raison, demandez l'arrêt des habitudes nocives ; en cas de persistance, conseillez une prise en charge comportementale) *Suggérez un goûter consistant* (pain, chocolat, fromage, fruits) *pour éviter le grignotage.* Privilégiez l'habitude de boire de l'eau.
Traumatisme	*Station debout, marche* = danger pour les dents Attention dans la salle de bains, à l'apprentissage de la marche. Donnez des recommandations simples pour le cas où cela se produirait : hygiène, nécessité de consultation chez le praticien pour examen précis, prescriptions et suivi.
État de santé général de l'enfant	*En cas de fragilité ORL, de trouble immunitaire, de pathologie cardiaque ou de handicap*, la surveillance dentaire et parodontale doit être accrue (contrôles tous les 3 mois). *En cas de médications fréquentes* : pensez au risque de carie par les sirops, les faire prendre au moment des repas ou suivis par un brossage ou un rinçage à l'eau.
Contrôle	*Première visite vers 1 an* afin de prévenir la peur du dentiste. Le « dentiste » fera ainsi partie du milieu environnant comme le médecin, la nounou ou le coiffeur. l'interception des mauvaises habitudes est plus aisée à 1 an qu'à 3–4 ans, notamment pour l'alimentation. *Puis* une fois par an si tout va bien tous les 3 à 6 mois en cas de problème (carie, traumatisme, maladie, anomalie des tissus dentaires ou de nombre)

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

université de BORDEAUX

Collège des sciences de la santé

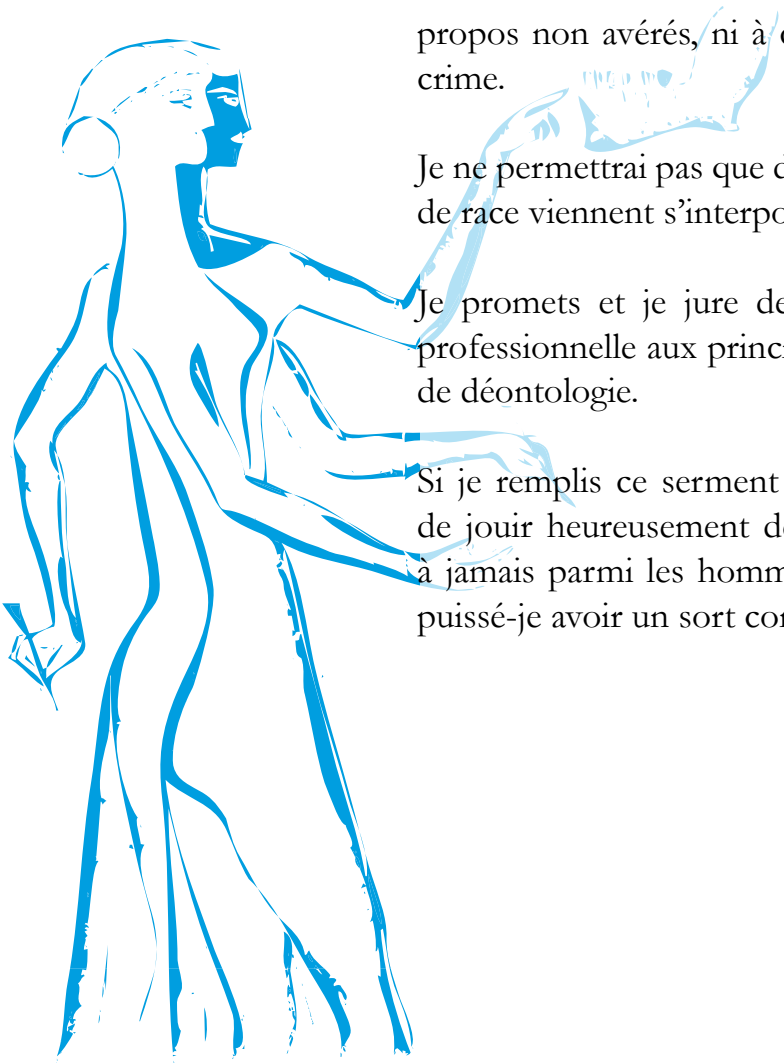
UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.