



HAL
open science

Niveau de connaissances de la prise en charge de la carie précoce de l'enfant : élaboration d'une enquête auprès des médecins généralistes et des pédiatres de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Laura Amiel

► To cite this version:

Laura Amiel. Niveau de connaissances de la prise en charge de la carie précoce de l'enfant : élaboration d'une enquête auprès des médecins généralistes et des pédiatres de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chirurgie. 2019. dumas-02286163

HAL Id: dumas-02286163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02286163>

Submitted on 13 Sep 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Niveau de connaissances de la prise en charge
de la carie précoce de l'enfant :
élaboration d'une enquête auprès des médecins
généralistes et des pédiatres de la région
Provence-Alpes-Côte d'Azur

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 10 juillet 2019

par

AMIEL Laura

Née le 24 janvier 1989
à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Madame le Professeur	C. TARDIEU
Assesseurs	: Monsieur le Docteur	D. BANDON
	<u>Madame le Docteur</u>	<u>A. CAMOIN</u>
	Madame le Docteur	H. AL AZAWI

Niveau de connaissances de la prise en charge
de la carie précoce de l'enfant :
élaboration d'une enquête auprès des médecins
généralistes et des pédiatres de la région
Provence-Alpes-Côte d'Azur

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 10 juillet 2019

par

AMIEL Laura

Née le 24 janvier 1989
à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Madame le Professeur	C. TARDIEU
Assesseurs	: Monsieur le Docteur	D. BANDON
	<u>Madame le Docteur</u>	<u>A. CAMOIN</u>
	Madame le Docteur	H. AL AZAWI

ADMINISTRATION

Mise à jour : juin 2019

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO†
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGES DE MISSION RELATIONS INTERNATIONALES	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI

LISTE DES ENSEIGNANTS

56^{ème} SECTION :
DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

<i>Professeur</i>	C. TARDIEU *	<i>Assistant</i>	H. AL AZAWI
<i>Maître de Conférences</i>	D. BANDON	<i>Assistant</i>	E. CASAZZA
<i>Maître de Conférences</i>	A. CAMOIN		
<i>Maître de Conférences associé</i>	I. BLANCHET		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

<i>Maître de Conférences</i>	M. LE GALL *	<i>Assistant</i>	M. BARBERO
<i>Maître de Conférences</i>	J. BOHAR	<i>Assistant</i>	I. CAMBON
<i>Maître de Conférences</i>	J. GAUBERT	<i>Assistant</i>	D. DORISON-BACHET
<i>Maître de Conférences</i>	C. PHILIP-ALLIEZ	<i>Assistant</i>	L. LEVY
		<i>Assistant</i>	R. MATTERA
		<i>Assistant</i>	M. VINAÏ

* Responsable Profile

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur
Professeur

B. FOTI *
D. TARDIVO

Assistant

T. DRAUSSIN

57^{ème} SECTION :

CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

CHIRURGIE ORALE

Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
associé

P. ROCHE-POGGI*
J. H. CATHERINE
D. BELLONI
F. CAMPANA
R. LAN

Assistant
Assistant
Assistant

R. CASTRO
M. HADJ-SAID
Y. ROMANET

PARODONTOLOGIE

Professeur

V. MONNET-CORTI *

Assistant
Assistant
Assistant
Assistant

A. BOYER
C. DUMAS
S. MELLOUL
L. THOLOZAN

BIOLOGIE ORALE (Responsable Pr. Imad ABOUT)

Maître de Conférences

P. LAURENT

Assistant

C. LE FOURNIS

58^{ème} SECTION :

REHABILITATION ORALE

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur
Professeur

F. BUKIET *
H. TASSERY
G. ABOUDHARAM
M. GUIVARC'H
C. PIGNOLY
L. POMMEL
E. TERRER

Assistant
Assistant
Assistant
Assistant
Assistant
Assistant

B. BALLESTER
H. DE BELENET
A. DEVICTOR
S. MANSOUR
L. MICHEL-ROLLET
V. PILLIOL

PROTHÈSE

Professeur

M. RUQUET *

Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Maître de Conférences

G. LABORDE
M. LAURENT
G. MAILLE
B.E. PRECKEL
G. STEPHAN
P. TAVITIAN
A. TOSELLO

Assistant
Assistant
Assistant
Assistant
Assistant
Assistant

N. CHAUDESAYGUES
M. DODDS
C. MANSUY
C. MENSE
A. REPETTO
A. SETTE
F. SILVESTRI

FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

Professeur

J. DEJOU

Assistant

M. JEANY

Professeur

J. D. ORTHLIEB *

Professeur

A. RASKIN

Maître de Conférences

T. GIRAUD

Maître de Conférences

A. GIRAUDEAU

Maître de Conférences

B. JACQUOT

Maître de Conférences

J. P. RÉ

65^{ème} SECTION :
BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeur

I. ABOUT *

A Madame le Professeur Corinne Tardieu,

Madame, je tiens sincèrement à vous remercier de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Je tiens également à vous exprimer mes remerciements pour votre enseignement de qualité. C'est à l'occasion d'un de vos cours que l'envie de traiter ce sujet m'est venu.

Merci pour vos conseils et votre disponibilité tout au long de mon parcours universitaire.

Je vous prie de croire en ma reconnaissance et à mon respect le plus profond.

A Monsieur le Docteur Daniel BANDON,

J'apprécie l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de ce jury de thèse.

Je souhaite tout particulièrement vous remercier pour la qualité de vos cours et pour le plaisir que vous avez à transmettre votre savoir et à partager votre expérience.

Recevez ici toute ma gratitude et la marque de ma sincère considération.

A Madame le Docteur Ariane CAMOIN,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse et j'apprécie aujourd'hui votre présence dans ce jury de thèse.

Je vous remercie, Madame, d'avoir cru en ce sujet. Je vous suis reconnaissante pour la disponibilité dont vous avez su faire preuve tout au long de ces derniers mois. Vos conseils, votre aide m'ont été précieux. Votre implication et votre bienveillance m'ont énormément touchée.

Je tiens également à vous remercier pour la qualité de votre enseignement, et d'avoir su me transmettre vos compétences cliniques.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Hala AL AZAWI

Je suis très honorée de votre présence dans ce jury de thèse.

Je tiens tout particulièrement à vous remercier, alors que vous étiez toujours étudiante, de m'avoir guidée et aidée dans mes vacances cliniques. Ce fut un grand plaisir de vous retrouver en tant qu'enseignante. Vous avez toujours été d'un grand soutien. Merci pour vos conseils et votre gentillesse.

Veillez recevoir toute ma considération et mon estime.

GLOSSAIRE

AAPD Académie Américaine d'Odontologie Pédiatrique

ADF Association Dentaire Française

AFSSA Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CPE Carie Précoce de l'Enfance

DREES Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EAPD European Academy of Paediatric Dentistry

HAS Haute Autorité de Santé

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PNNS Plan National Nutrition Santé

RCI Risque Carieux Individuel

SFOP Société Française d'Odontologie Pédiatrique

UFSBD Union Française de Santé Bucco-Dentaire

WHO World Health Organisation

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
2	MATERIEL ET METHODE	3
2.1	METHODOLOGIE	3
2.1.1	Choix des modalités de l'enquête	3
2.1.1.1	Echantillon cible	3
2.1.1.2	Type de questionnaire	3
2.1.1.3	Mode de diffusion	3
2.1.1.4	Choix des questions	4
2.1.2	Pilotage du questionnaire	5
2.1.3	Diffusion du questionnaire	6
2.1.4	Recueil des données	7
2.2	ANALYSES STATISTIQUES	7
3	RESULTATS	9
3.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	9
3.1.1	Caractéristiques socio-professionnelles de la population	9
3.1.2	Formation odontologique des personnes interrogées	10
3.2	DEPISTAGE DE LA CARIE PRECOCE DE L'ENFANT	13
3.2.1	Cas cliniques	13
3.2.2	Examen dentaire	16
3.3	ORIENTATION DES PATIENTS	18
3.4	HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	21
3.5	UTILISATION DE FLUORURES	22
3.6	ALIMENTATION ET RISQUE CARIEUX	25
4	DISCUSSION	26
4.1	REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE	26
4.2	FORMATION ODONTOLOGIQUE	26
4.3	CONNAISSANCES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES	28
4.3.1	Dépistage de la CPE	28
4.3.1.1	Examen dentaire	28

4.3.1.2 Diagnostic de la CPE.....	29
4.3.2 Orientation des patients.....	29
4.3.3 Hygiène bucco-dentaire	31
4.3.4 Utilisation de fluorures	33
4.3.5 Alimentation	37
4.3.5.1 Le grignotage.....	37
4.3.5.2 L'allaitement	38
4.3.5.3 Les boissons.....	39
4.3.5.4 Les fruits.....	40
4.4 INTERET DES MEDECINS POUR LE SUJET	40
4.5 LIMITES DE L'ETUDE	41
5 CONCLUSION.....	42

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1 INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé bucco-dentaire se caractérise par *"l'absence de douleur buccale ou faciale, [...] et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial"*. En 1994, l'OMS définit la qualité de vie : *"[...] Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement"*. Les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire dès l'enfance sont nombreuses et peuvent altérer la qualité de vie de l'enfant (difficultés pour s'alimenter, douleur, impact esthétique notamment) mais aussi de sa famille (sentiment de culpabilité, absence au travail pour consultation dentaire en urgence...) (1,2). L'OMS, à l'échelle internationale, estime que 60 à 90% des enfants scolarisés présenteraient des lésions carieuses (3). A l'échelle nationale, 20% des enfants toutes tranches d'âge confondues regrouperaient l'ensemble des lésions carieuses (4). La prévalence des caries chez les enfants entre un et trois ans serait de 10 et 15% (5). L'Académie Américaine d'Odontologie Pédiatrique définit la carie précoce de l'enfance (CPE) par la présence d'une ou plusieurs dents temporaires cariées (lésions cavitaires ou non), absentes (pour cause de carie), ou obturées, soit un caod ≥ 1 chez l'enfant de moins de 6 ans (6). La CPE reste l'affection chronique la plus fréquente chez les enfants. Il s'agit là d'un problème de santé publique majeur (7). Pourtant, il existe des moyens de prévention pour lutter contre cette maladie : éducation à l'hygiène bucco-dentaire (8), à l'hygiène alimentaire (9) et mise en place de rendez-vous réguliers de suivi (10).

En France, les politiques de santé sont organisées afin de favoriser un suivi médical strict chez les jeunes enfants. Ce suivi est bien connu des parents. Vingt examens médicaux obligatoires permettent de s'assurer de la santé et du bon développement des enfants à partir du 8^{ème} jour de vie jusqu'à ses 18 ans. Cette surveillance régulière permet de mettre en place une prévention efficace (surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement physique et psychomoteur, pratique des vaccinations) (11). En revanche, le suivi odontologique semble moins bien connu. Pourtant, des moments clés d'intervention en matière de santé dentaire ont été définis dès l'apparition des premières dents (8). L'Assurance Maladie a également mis en place un dispositif de visites de prévention dès l'âge de 3 ans dont elle assume la prise en charge. La première consultation de suivi chez le chirurgien-dentiste devrait être

effectuée dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent selon la Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP) (12). Or, très peu d'enfants consultent un chirurgien-dentiste à cet âge.

Les médecins généralistes et les pédiatres sont les premiers professionnels de santé que les parents vont rencontrer pour le suivi médical de leur enfant. Ces praticiens sont en première ligne pour dépister, prévenir et orienter les jeunes patients qui présentent des lésions carieuses. Leur rôle est essentiel dans le parcours de soin et la prise en charge de la maladie carieuse. A ce jour, très peu d'études renseignent sur le rôle qu'occupent les médecins et pédiatres traitants dans la prise en charge de la carie dentaire chez l'enfant. Ces professionnels de santé auraient un défaut de connaissances en matière de santé bucco-dentaire ne leur permettant pas de délivrer des informations précises à leurs petits patients et aux parents (13–15). Ce retard de diagnostic aurait des conséquences sur la prise en charge précoce des lésions carieuses dans la petite enfance.

Ce travail s'attachera à évaluer l'état des connaissances de la prise en charge de la CPE chez les médecins généralistes et pédiatres qui occupent un rôle central dans la prévention de cette maladie. En adoptant une démarche déductive, nous avons réalisé une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire auprès des professionnels concernés.

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et pédiatres traitants envers la CPE.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Méthodologie

2.1.1 Choix des modalités de l'enquête

Il s'agissait d'une enquête par questionnaire anonyme auto-administré dont l'objectif était d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et pédiatres traitants envers la CPE.

Dans le message explicatif du questionnaire, il a été précisé que ce dernier était totalement anonyme et que les réponses aux questions étaient strictement confidentielles. Dans le but de respecter cet anonymat des participants, les réponses obtenues n'ont pas été traitées de façon individuelle. Le questionnaire garantissait donc le principe de protection des personnes (16).

2.1.1.1 Echantillon cible

L'enquête était destinée aux médecins traitant les jeunes enfants, spécialistes en médecine générale ou spécialistes en pédiatrie. La population interrogée était un échantillon de médecins généralistes et pédiatres exerçant dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) tout type d'exercice confondu (exercice libéral ou salarié en milieu public ou privé).

2.1.1.2 Type de questionnaire

Ce questionnaire était semi-ouvert, comprenant 15 questions ouvertes avec la possibilité de cocher une case " Autre" et 11 questions fermées.

2.1.1.3 Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé en ligne en utilisant l'application *Google Form*®. Les avantages de ce mode de diffusion étaient la facilité d'exécution et de la collecte des réponses, tout en garantissant l'anonymité des participants. Le lien du questionnaire a été envoyé aux praticiens par mail. Pour ceux qui ne pouvaient pas recevoir le lien, un questionnaire en format papier leur a été apporté directement sur leur lieu de travail.

2.1.1.4 Choix des questions

L'élaboration des questions a nécessité une réflexion menée au préalable appuyée par des éléments de la littérature (8). L'investigateur principal et secondaire avaient une expérience en odontologie pédiatrique et travaillaient auprès de jeunes enfants.

Le questionnaire comportait majoritairement des questions semi-ouvertes afin de cibler au mieux les réponses et d'en faciliter l'analyse. Cependant, il y avait la possibilité d'apporter une autre réponse en cochant la case "*Autre, précisez*".

Le questionnaire (Annexe 1) se composait de 26 items divisés en 3 volets.

Le premier volet était consacré au profil des praticiens.

7 questions portaient sur les caractéristiques de la population : sexe, année de naissance, ville d'internat, spécialité, commune d'exercice, années d'expérience et type d'exercice.

3 questions s'intéressaient à l'enseignement odontologique dans leur cursus universitaire au cours de leur formation initiale et continue et à la volonté d'approfondir leurs connaissances dans le domaine.

Le deuxième volet concernait l'habilité des praticiens à dépister les CPE et à orienter leurs jeunes patients pour la prise en charge de celles-ci.

5 questions portaient sur le dépistage de la CPE. Quatre d'entre elles étaient illustrées par des photographies. Le but était d'évaluer l'aptitude des médecins à diagnostiquer une lésion carieuse.

Ensuite, 3 items abordaient l'orientation des jeunes patients vers un chirurgien-dentiste (contexte, correspondants et difficultés éventuelles).

Le troisième volet était dédié aux mesures de prévention à l'égard de la CPE. Les questions ont été réalisées à partir des objectifs de prévention de la carie dentaire de la HAS (hygiène bucco-dentaire, prescription de fluorures et hygiène alimentaire) (8).

2.1.2 Pilotage du questionnaire

Un questionnaire pilote (Annexe 2) a été testé du 5 au 21 octobre 2018 sur 11 praticiens (5 médecins généralistes et 6 pédiatres) avant d'être diffusé. Ceci a permis d'évaluer la validité interne et externe du questionnaire. La grille de recueil de réponses a pu être validée.

Les retours des praticiens ont permis de modifier sensiblement les possibilités de réponses dans les questions à choix multiples. Deux items ont été ajoutés portant sur :

- Le lieu de réalisation de l'internat
- Le nombre de brossage des dents préconisé par jour

Une modification a été effectuée sur un choix de réponses à la question 26 qui traitait des facteurs de risques alimentaires. Un des choix de réponse initial était "consommation de jus de fruits et de fruits". Il a été modifié en deux choix de réponses distincts "consommation fréquente de jus de fruits" et "consommation fréquente de fruits".

La phase de pilotage a également permis de faire une estimation du temps de remplissage du questionnaire. Celui-ci était d'environ 5 minutes.

2.1.3 Diffusion du questionnaire

L'objectif était de diffuser le plus largement possible notre questionnaire aux médecins généralistes et pédiatres traitants de la région PACA. Pour cela, le recrutement s'est opéré en sollicitant différents réseaux et associations de médecins généralistes et médecins pédiatres. Les personnes interrogées étaient informées du lien du questionnaire par courriel, dans lequel se trouvait un message expliquant l'objectif de la recherche et l'url direct du questionnaire. Le questionnaire était rempli en ligne. Pour chaque réseau sollicité, un mail de demande a été adressé au président de l'association concernée, puis après accord, les mails étaient adressés par le secrétaire de l'association aux différents membres. L'investigateur n'a eu à aucun moment accès à une mailing-list des praticiens sollicités pour l'étude. L'anonymat a été pleinement respecté.

De nombreux réseaux ont été contactés. Certains ont été favorables à la diffusion de notre questionnaire :

- Conseil de l'ordre des médecins des Bouches-du Rhône
- Cercle pédiatrique marseillais
- Association "piqûre de rappel"
- Association des Juniors en Pédiatrie PACA
- Le Divan des Médecins (groupe de discussion du réseau social Facebook)
- Médecins Pédiatres de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)

D'autres n'ont pas accepté de le diffuser, pour certains même après un avis favorable, ou n'ont répondu à nos sollicitations :

- Association des Pédiatres du Garlaban
- Cercle Pédiatrique Aixois
- Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Bouches-du-Rhône
- Association française de Pédiatrie Ambulatoire
- Collège Méditerranéen des Généralistes

Enfin, nous avons également contacté une soixantaine de praticiens libéraux par téléphone pour les inviter à participer à notre enquête. 22 d'entre eux ont accepté que le lien du questionnaire leur soit envoyé par mail.

Le questionnaire pouvait aussi être rempli en format papier. 23 praticiens l'ont reçu à leur cabinet, 7 l'ont rempli et remis.

La diffusion a eu lieu du 23 octobre 2018 au 20 février 2019, soit une période de 4 mois.

2.1.4 Recueil des données

Pour l'élaboration du questionnaire et son administration, nous avons utilisé l'application *Google Form*® (application gratuite d'administration de questionnaires). Cet outil permet de réaliser des questionnaires en ligne de manière personnalisée avec un large choix de types d'items (questions et grilles à choix multiples, questions ouvertes, échelles linéaires de valeur notamment). Les réponses des questionnaires retournées en format papier ont été ajoutées dans *Google Form*® par l'investigateur principal. Les données ont été recueillies dans une feuille de calcul et ont pu être analysées directement dans *Google Sheet*® (tableur), ce qui a permis de supprimer l'étape de la saisie manuelle des résultats, potentiellement vectrice d'erreurs. Une fois les données récupérées dans *Google Sheet*®, elles ont été converties au format *Excel* pour un traitement ultérieur avec des logiciels de statistiques.

2.2 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des *logiciels SAS*® (V9.4. SAS Institute Inc., Carry, NC, USA) et *R version 3.3.3* (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Pour tous les tests effectués, le seuil de significativité a été fixé à 5%.

En ce qui concerne les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage (n, %). Les variables quantitatives ont été décrites par leur effectif, les valeurs extrêmes, leur moyenne assortie de l'écart-type et leur médiane assortie de l'intervalle interquartile.

L'association entre deux variables qualitatives a été testée à l'aide du *test d'indépendance du Chi-deux* ou du *test exact de Fisher* lorsque les conditions d'application du test d'indépendance du *Chi-deux* n'étaient pas vérifiées (les effectifs théoriques inférieurs à 5).

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population

3.1.1 Caractéristiques socio-professionnelles de la population

Au total, 97 questionnaires ont été recueillis. Cinq d'entre eux ont été exclus de l'étude car les répondants n'exerçaient pas en région PACA.

Les professionnels de santé interrogés étaient majoritairement des femmes (69,6%). Ils se répartissaient en 57,6% (n=53) de médecins généralistes (MG) et 42,4% (n=39) de médecins pédiatres (P). La moitié avait moins de 5 ans d'expérience professionnelle. 56,3% d'entre eux avaient une activité libérale, 40,2% étaient salariés et 5,4% avaient une activité mixte (Tableau 1).

	N	%	Moyenne	Ecart-type
Age			38,8	11,2
Genre				
Homme	28	30,4		
Femme	64	69,6		
Spécialité				
Médecin généraliste	53	57,6		
Pédiatre	39	42,4		
Expérience professionnelle				
+ de 15 ans	19	20,6		
Entre 5 ans et 15 ans	27	29,3		
- de 5 ans	46	50		
Type d'exercice				
Activité libérale	50	54,3		
Activité salarié	37	40,2		
Activité mixte	5	5,4		

Tableau 1 - Caractéristiques socioprofessionnelles de la population étudiée (n = 92)

L'enquête visait au départ les praticiens exerçant dans les Bouches-du-Rhône mais pour augmenter le nombre de réponses, il a été décidé de l'étendre à la région PACA.

Sur les 92 réponses retenues, 82 émanaient de médecins des Bouches-du-Rhône et 10 des autres départements de PACA. 78 d'entre eux avaient fait leur internat à Marseille.

3.1.2 Formation odontologique des personnes interrogées

Il a été demandé aux médecins si durant leur formation professionnelle, ils avaient reçu un enseignement leur permettant d'acquérir des compétences en santé bucco-dentaire. Très peu de répondants ont déclaré avoir reçu un enseignement sur le sujet, que ce soit durant leur formation initiale (23,9%) ou continue (6,5%), et ce quelle que soit la ville où l'internat a été effectué. (Figure 1)

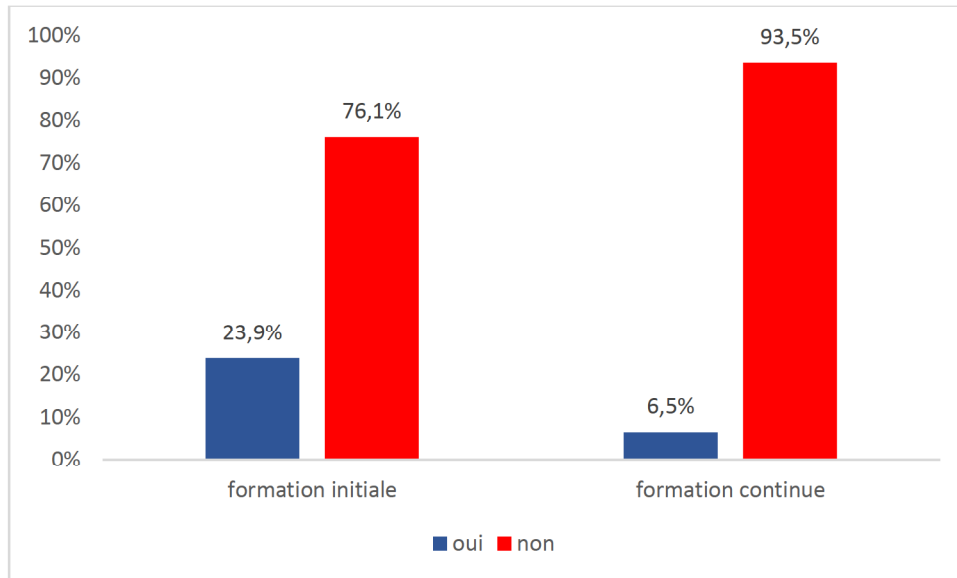


Figure 1 – Formation reçue par les praticiens en matière de santé bucco-dentaire (n=92)

Parmi les médecins qui ont déclaré avoir reçu une formation, elle a eu lieu principalement : pendant les cours d'externat, les cours de D.E.S (Diplôme d'Etudes Spécialisées) et DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) de pédiatrie (Tableau 2).

Les principales thématiques qu'ils se sont souvenus avoir abordées durant leur cursus étaient : *"la chronologie d'éruption des dents"*, *"les principales pathologies dentaires"*, *"la prescription de fluor"*.

		SPECIALITES	
		Médecins généralistes	Pédiatres
FORMATION	Cours 1 ^{er} cycle des études médicales (externat)	✓	✓
	Cours D.E.S de pédiatrie (internat et année de thèse)		✓
	Cours D.E.S.C de pédiatrie (internat et post-internat)		✓

Tableau 2 – Formation bucco-dentaire en fonction des spécialités

Les médecins généralistes et les pédiatres ont été questionnés sur leur intérêt à faire une mise à niveau sur la santé bucco-dentaire. L'évaluation s'est faite sur une échelle numérique de 0 (pas intéressé) à 10 (très intéressé). La moyenne et la médiane à cette question était de 7, ce qui correspondait à un intérêt relativement important de la part des praticiens à faire un point sur leurs connaissances en odontologie. (Figure 2)

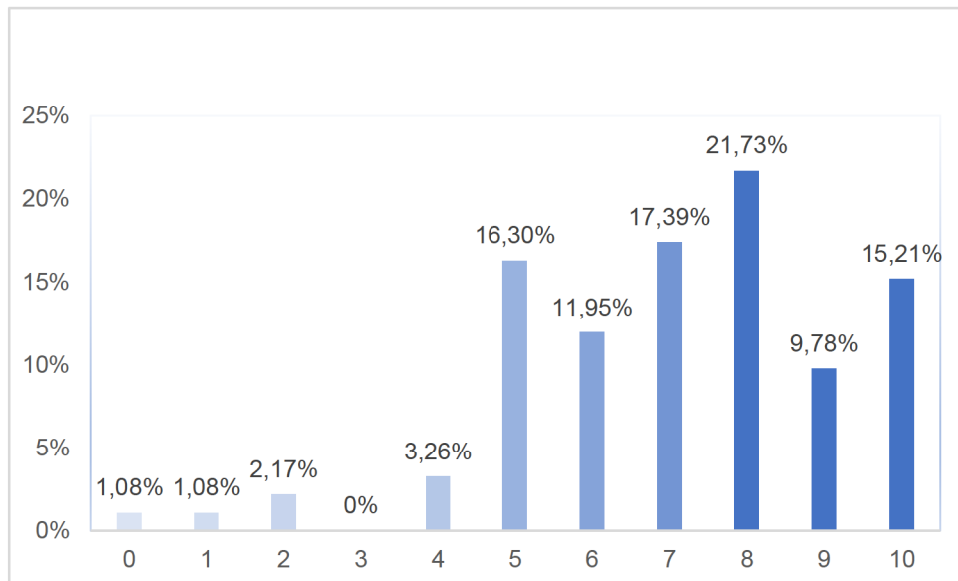


Figure 2 – Intérêt pour une mise à niveau en santé bucco-dentaire

3.2 Dépistage de la Carie précoce de l'Enfant

3.2.1 Cas cliniques

Quatre photographies ont été utilisées dans cette enquête dans le but d'évaluer les capacités des médecins généralistes et pédiatres à identifier une lésion carieuse (items 13, 14, 15 et 16).

Sur les 4 questions où il était demandé s'il y avait présence ou absence de lésions carieuses sur les photographies, les praticiens, toutes spécialités confondues, ont donné en moyenne 2 réponses correctes. 2,2% de la population interrogée (MG = 1,9% ; P = 2,6%), n'a obtenu aucune réponse correcte. Seulement 2,2% des médecins généralistes ont correctement répondu aux quatre questions. Aucun pédiatre n'a obtenu le score maximal de bonnes réponses. (Figure 3)

Le fait d'être spécialiste en pédiatrie ou en médecine générale n'avait pas d'association significative avec le fait d'avoir répondu juste ou faux à ces items ($p = 0,48$).

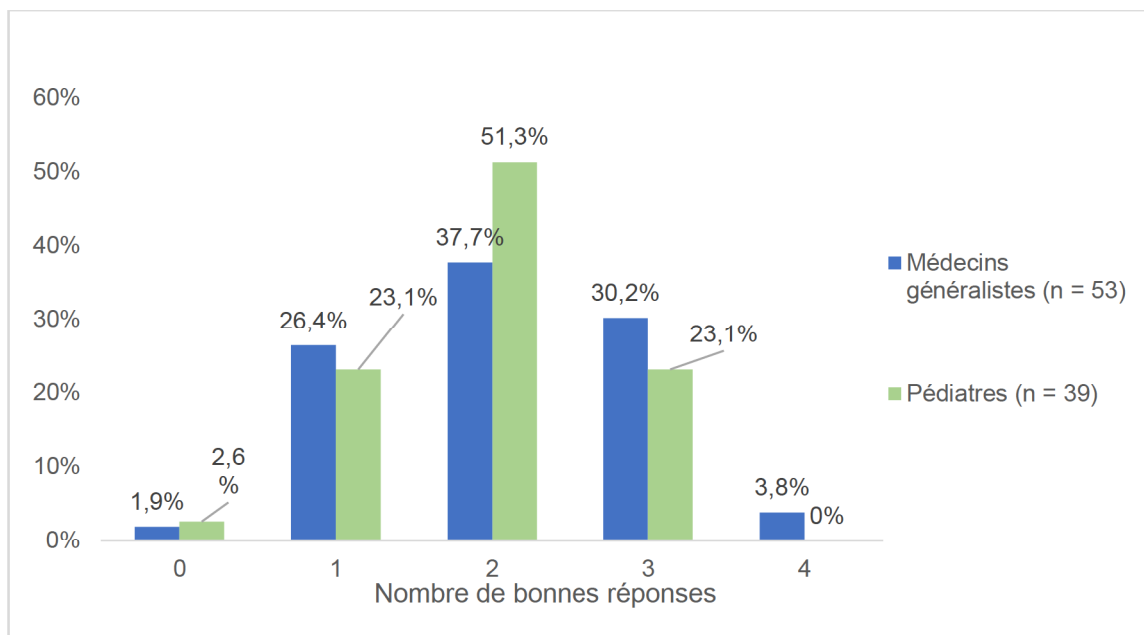


Figure 3 – Nombre de bonnes réponses obtenu par les praticiens sur les 4 cas d'identification de lésions carieuses

Le taux de bonnes réponses global était de 51,4%. L'identification des lésions carieuses a engendré 57,1% (photographie 1) et 43,3% (photographie 2) de réponses correctes. Les anomalies dentaires étaient méconnues et souvent confondues avec des lésions carieuses (photographie 3) avec 18,7% de réponses exactes. 86,7% de bons résultats ont été obtenus pour les colorations exogènes (photographie 4). (Figure 4)

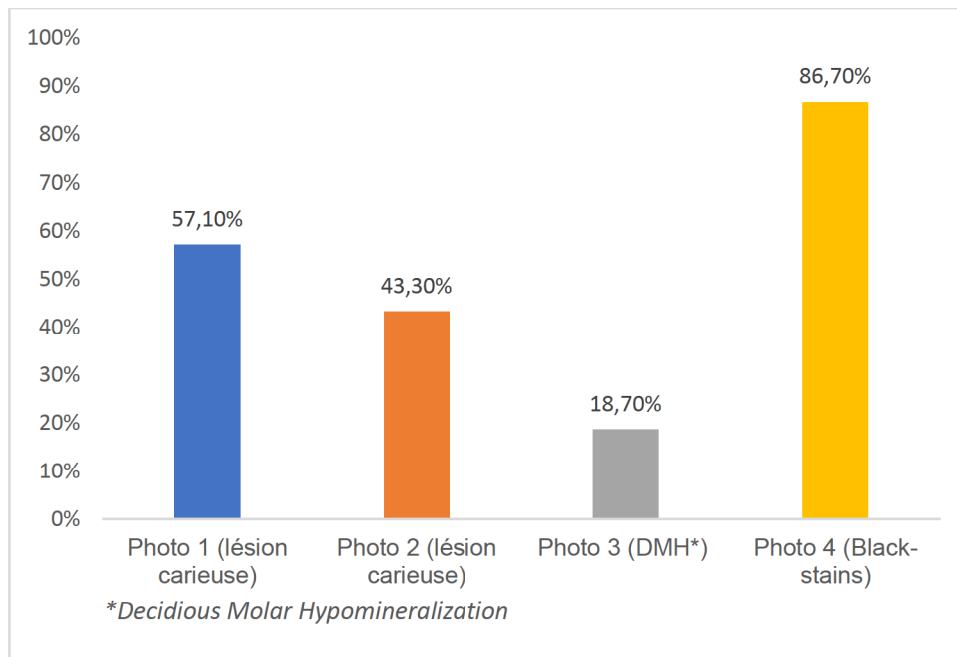


Figure 4 – Taux de praticiens ayant répondu juste pour chaque cas

Le diagnostic différentiel concernant le cas 4 (colorations exogènes) semblait acquis pour la majorité des praticiens. Le test de Fisher a permis de mettre en évidence que le nombre d'année d'exercice avait une influence sur le fait de répondre juste au cas 4 ($p = 0,01$), avec notamment 89,1% de bonnes réponses pour les moins expérimentés, 92,6% pour ceux ayant une expérience professionnelle comprise entre 5 et 15 ans et 70,6% pour les plus expérimentés. (Tableau 3)

	PHOTO 1		PHOTO 2		PHOTO 3		PHOTO 4	
	Juste n(%)	p	Juste n(%)	p	Juste n(%)	p	Juste n(%)	p
Expérience professionnelle		0,55		0,14		0,06		0,01[†]
- 5 ans	24 (52,2)		21 (45,6)		8 (17,4)		41 (89,1)	
Entre 5 ans et 15 ans	16 (59,3)		8 (29,6)		5 (18,5)		25 (92,6)	
+ de 15 ans	12 (66,7)		10 (58,8)		4 (22,2)		12 (70,6)	
Spécialité		0,32		0,21		0,87		0,19
Médecin généraliste	32 (61,5)		25 (49,0)		10 (19,2)		43 (84,3)	
Pédiatre	20 (51,3)		14 (35,9)		7 (17,9)		35 (89,7)	

Tableau 3 – Taux de bonnes réponses des praticiens aux cas cliniques en fonction de leur spécialité et de leur expérience professionnelle

[†] Test de Fisher

3.2.2 Examen dentaire

Un peu plus de la moitié des pédiatres (51,3%) examinait systématiquement les dents des patients lors des consultations. La majorité des médecins généralistes (56,6%) a répondu réaliser des examens bucco-dentaires occasionnellement en consultation. Les praticiens étaient peu nombreux (MG = 7,1% ; P = 5,1%) à ne jamais réaliser d'examen bucco-dentaire. (Figure5)

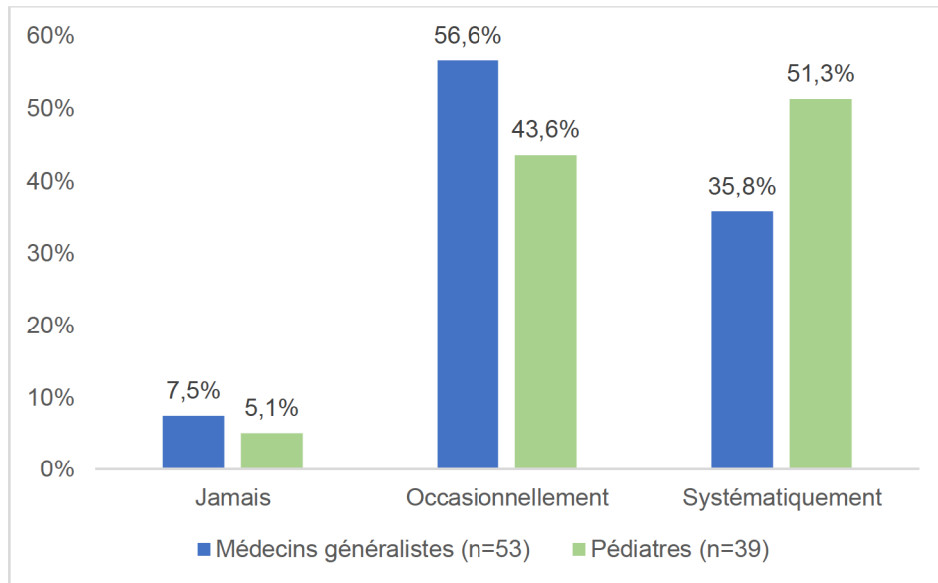


Figure 5 – Fréquence d'examen dentaire chez les jeunes patients en fonction de la spécialité des praticiens

L'expérience professionnelle ($p=0,0006$) ainsi que la spécialité ($p=0,02$) sont significativement corrélées avec la fréquence d'examen bucco-dentaire. Ceux exerçant leur activité depuis plus de 15 ans étaient 52,6% à l'effectuer systématiquement contre 32,6% pour les médecins qui avaient moins de 5 ans d'exercice. Les pédiatres étaient plus nombreux à examiner systématiquement les dents de leurs patients par rapport aux médecins généralistes. (Tableau 4)

	Fréquence examen dentaire			P
	Jamais n (%)	Occasionnellement n (%)	Systématiquement n (%)	
Expérience professionnelle				0,0006⁺
- 5 ans	5 (10,9)	26 (56,5)	15 (32,6)	
Entre 5 ans et 15 ans	1 (3,7)	12 (44,4)	14 (51,8)	
+ de 15 ans	0 (0)	9 (47,4)	10 (52,6)	
Spécialité				0,02⁺
Médecin généraliste	4 (7,5)	30 (56,6)	19 (35,8)	
Pédiatre	2 (5,1)	17 (43,6)	20 (51,3)	

Tableau 4 - Fréquence d'examen dentaire réalisée par les praticiens sur leurs jeunes patients en fonction de leur spécialité et de leur expérience professionnelle

3.3 Orientation des patients

Pour plus de la moitié des praticiens interrogés (58,7%), le premier bilan bucco-dentaire réalisé par un dentiste devait être fait dans la petite enfance (entre 1 an et 3 ans). Pour 35,9%, il devait être fait à partir de 6 ans. Seulement 4,35% (2 médecins généralistes et 2 médecins pédiatres) ont répondu qu'il devait être effectué entre l'apparition des dents lactéales et le premier anniversaire. 2,2% n'ont pas su répondre à la question. (Figure 6)

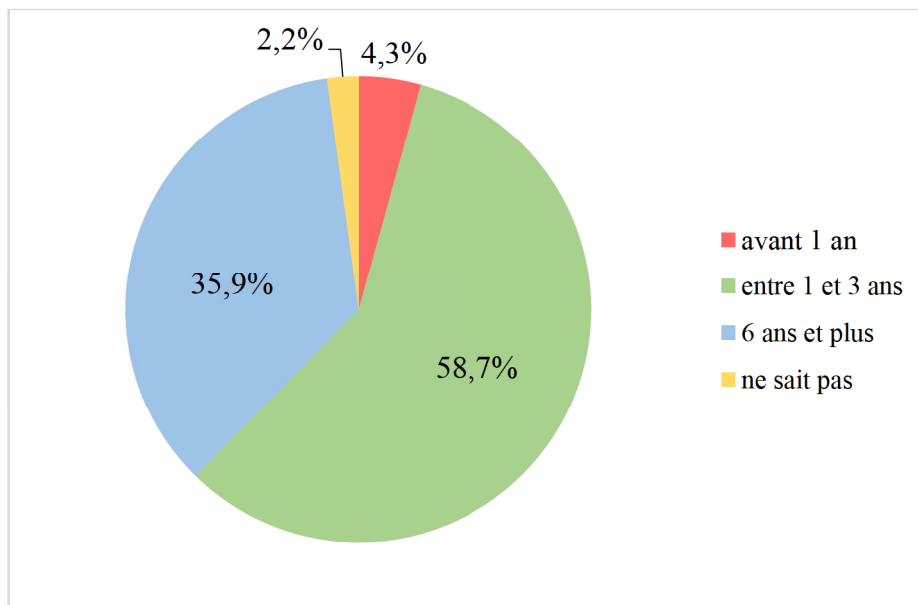


Figure 6 - Âge du premier bilan bucco-dentaire (n=92)

La douleur a été le motif pour lequel les praticiens adressaient en majorité leurs patients chez un dentiste (MG = 84,9% ; P = 89,7%).

41,5% des médecins généralistes et 46,1% des pédiatres ont déclaré rappeler aux patients d'aller faire les bilans bucco-dentaires mis en place par la sécurité sociale à différents âges. Les pédiatres ont été plus nombreux (48,7%) à conseiller des visites de "routine" chez le dentiste. Les praticiens interrogés ont eu la possibilité d'ajouter des motifs pour lesquels ils adressaient leur patient vers un chirurgien-dentiste. "Le mauvais état bucco-dentaire" et "l'état général du patient" ont été les deux réponses ajoutées à cette question. (Figure 7)

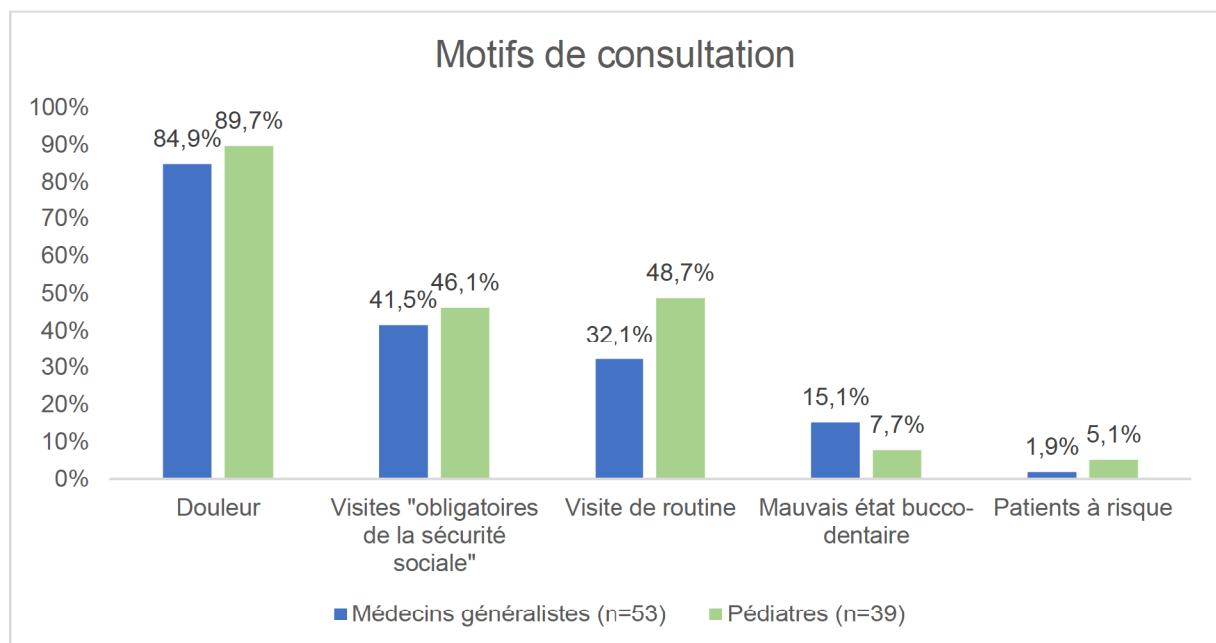


Figure 7 - Motifs conduisant les praticiens à orienter leur patient vers un chirurgien-dentiste

La plus grande partie des médecins adressait les jeunes patients à un dentiste omnipraticien pour les soins bucco-dentaires (MG = 84,1% ; P = 71,1%). Par rapport aux médecins généralistes (24,5%), les pédiatres (57,9%) avaient davantage tendance à diriger les enfants vers un spécialiste en odontologie pédiatrique.

Être spécialiste en pédiatrie a eu une influence significative sur le fait d'adresser les patients chez un pédodontiste ($p = 0,001$). Seulement 1,9% des praticiens orientaient les jeunes enfants chez l'orthodontiste. (Figure 8)

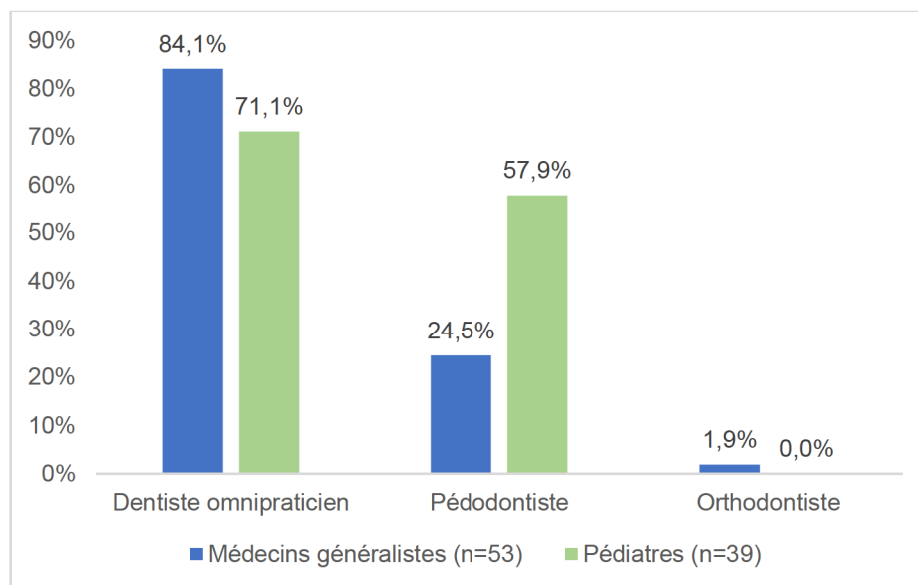


Figure 8 - Spécialistes en odontologie recommandés par les praticiens pour les soins bucco-dentaire des jeunes enfants

18,9% des médecins généralistes et 23,1% des pédiatres ont répondu rencontrer des difficultés dans l'orientation de leurs patients pour les soins bucco-dentaires. La principale raison évoquée était "*le refus des dentistes omnipraticiens de prendre en charge les enfants*".

Trois autres freins ont été avancés :

- Un "manque d'intérêt" des parents vis-à-vis de la santé bucco-dentaire
- La méconnaissance des pédodontistes par les médecins
- Absence de continuité des soins pour les urgences dentaires le soir et le week-end

3.4 Hygiène bucco-dentaire

Concernant la période où doit débuter le brossage des dents (question 23), les médecins ont été 97,8% à répondre qu'il devait être mis en place dès l'apparition des premières dents lactéales (vers 6 mois). Pour 2 praticiens (MG = 1 et P = 1) les réponses différaient. L'un ayant répondu que le brossage débutait vers l'âge de 18 mois et l'autre à partir de 4 ans.

14,1% des praticiens préconisaient 1 brossage des dents par jour à leurs jeunes patients. 68,5% des médecins de l'enquête ont répondu recommander 2 brossages par jour. Parmi eux, nous retrouvions 71,7% des médecins généralistes et 64,1% des pédiatres. 16,3% conseillaient 3 brossages et 1,1% plus de 3 brossages par jour (Figure 9)

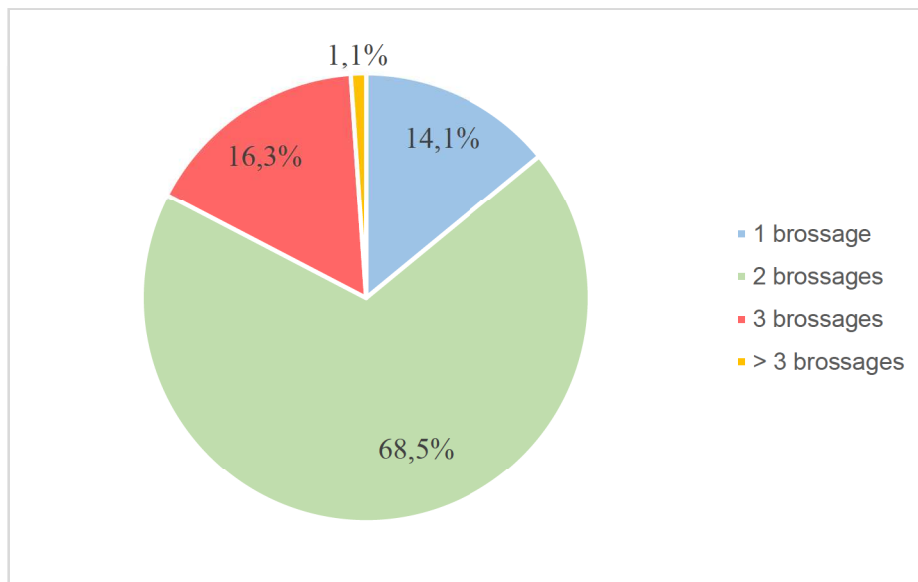


Figure 9 - Nombre de brossage(s) de dents quotidien préconisé par les praticiens (n=92)

A la question 26 " *selon vous, des hygiénistes dentaires auraient-ils leur place dans le parcours de prévention (enseignement à l'hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire) ?* ", les praticiens ont répondu "Oui" à 94,6% (MG = 90,6% ; P = 100%).

3.5 Utilisation de fluorures

15,2% des praticiens préconisaient l'utilisation d'un dentifrice fluoré dès l'apparition des premières dents lactéales (MG = 11,3% ; P = 20,5) et 27,2% dès l'apparition des premières molaires lactéales. Pour plus de la moitié d'entre eux (53,3%), le dentifrice fluoré pouvait être utilisé dès que l'enfant est capable de cracher. 4,4% n'ont pas su répondre à la question. (Figure 10)

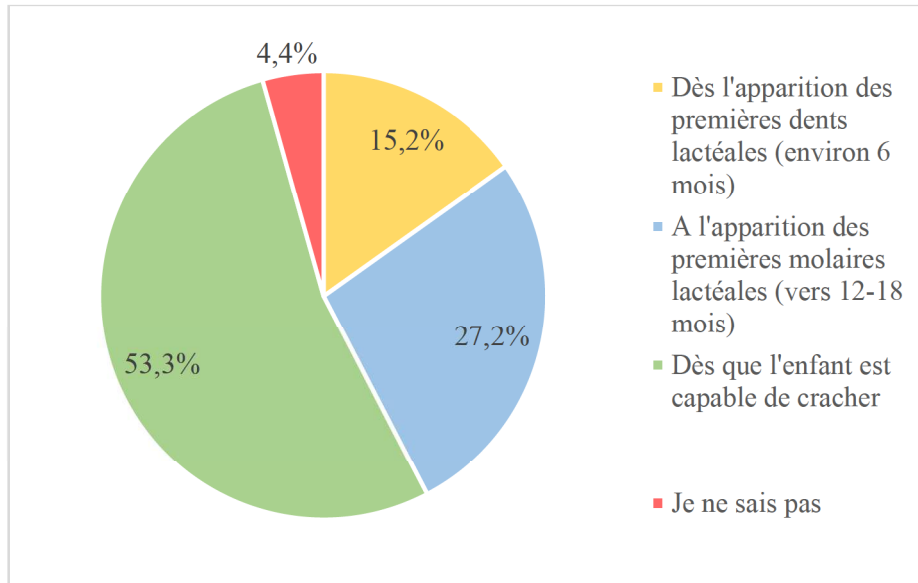


Figure 10 - Âge préconisé par les praticiens pour l'utilisation d'un dentifrice fluoré (n=92)

Les praticiens ont répondu à 80,4% ne jamais prescrire de fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois, 13% en prescrivaient occasionnellement et 6,5% systématiquement. L'expérience professionnelle avait une influence sur la prescription de fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois ($p=0,02$). Les jeunes médecins (82,6%) et ceux ayant entre 5 et 15 ans d'exercice (85,2%) ne prescrivaient pas de fluor en systémique chez l'enfant avant 6 mois contre 68,4% de leurs confrères ayant plus de 15 ans d'expérience. (Figure 11)

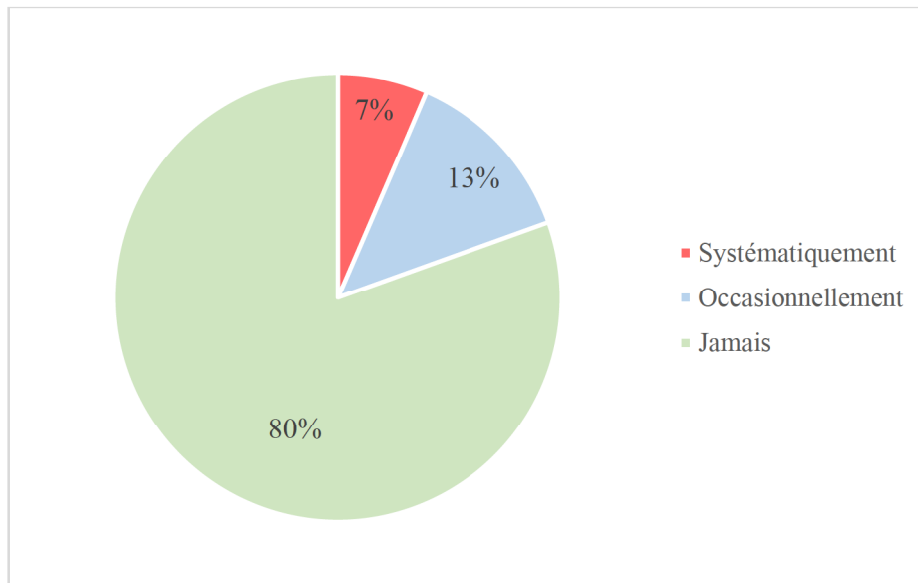


Figure 11 - Fréquence de prescription de fluor systémique chez l'enfant de moins de 6 mois par les médecins (n=92)

70,6% des praticiens interrogés ont répondu ne jamais prescrire de fluor par voie systémique. 27,2% de la population a dit ne jamais réaliser de bilan fluoré personnalisé avant une prescription, 2,2% le faisait occasionnellement et aucun praticien n'a répondu faire un bilan en systématique avant une prescription de fluorures par voie systémique. (Figure 12)

L'expérience professionnelle, encore une fois, est significativement corrélée avec le fait de réaliser un bilan fluoré personnalisé avant une prescription de fluor par voie systémique ($p = 0,006$). Plus les praticiens avaient de l'expérience professionnelle moins ils réalisaient un bilan fluoré. Ils étaient 52,6% chez ceux exerçant depuis plus de 15 ans à ne jamais faire ce bilan ; 37% chez ceux ayant une expérience comprise entre 5 et 15 ans ; et 15,2% chez les médecins étant en activité depuis moins de 5 ans.

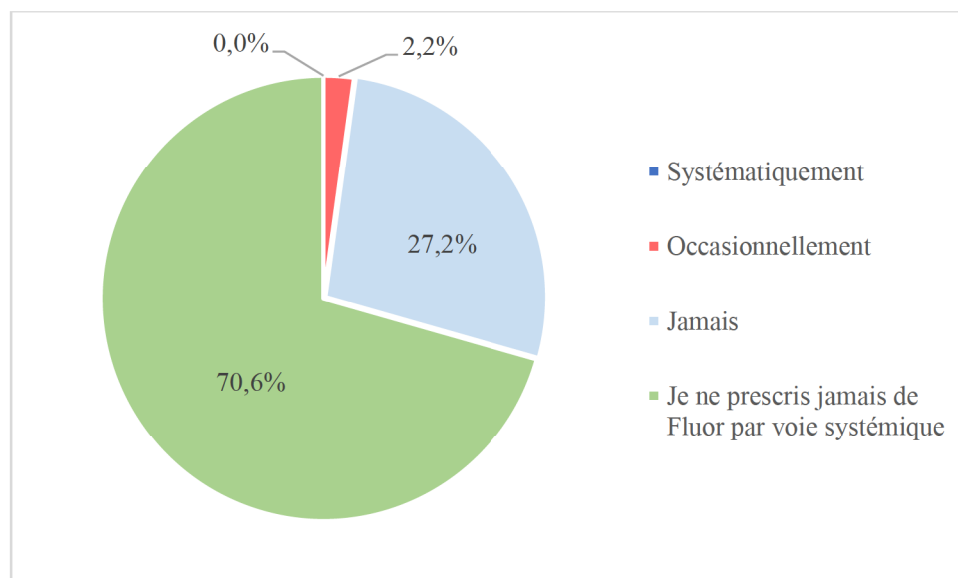


Figure 12 - Fréquence de réalisation d'un bilan fluoré avant une prescription de fluor systémique chez l'enfant de moins de 6 mois par les médecins (n=92)

3.6 Alimentation et risque carieux

La totalité des pédiatres et une très grande partie des médecins généralistes (94,3%) ont identifié **le grignotage** comme facteur de risque alimentaire pouvant engendrer des lésions carieuses. 24,5% des médecins généralistes et 38,5% des pédiatres ont considéré **l'allaitement maternel nocturne** comme facteur de risque cariogène. Concernant **l'allaitement artificiel nocturne**, 56,6% des médecins généralistes et 74,3% des pédiatres l'ont jugé facteur de risque. Dans une grande majorité, les médecins ont perçu **les jus de fruits et les boissons "light"** comme des facteurs de risque alimentaire. Les jus de fruits ont été identifiés par 69,8% des médecins généralistes et 92,3% des pédiatres, les boissons "light" par 67,9% des médecins généralistes et 76,9% des pédiatres. Concernant **la consommation fréquente de fruits**, 22,6% des médecins généralistes et 28,2% des pédiatres l'ont considérée comme facteur de risque alimentaire responsable de lésions carieuses. (Figure 13)

En moyenne les médecins généralistes ont identifié 3,2 facteurs de risque alimentaire sur 5 et les pédiatres 3,7. Être spécialiste en pédiatrie est associé au fait de connaître le risque alimentaire dans l'étiologie de la lésion carieuse ($p = 0,02$).

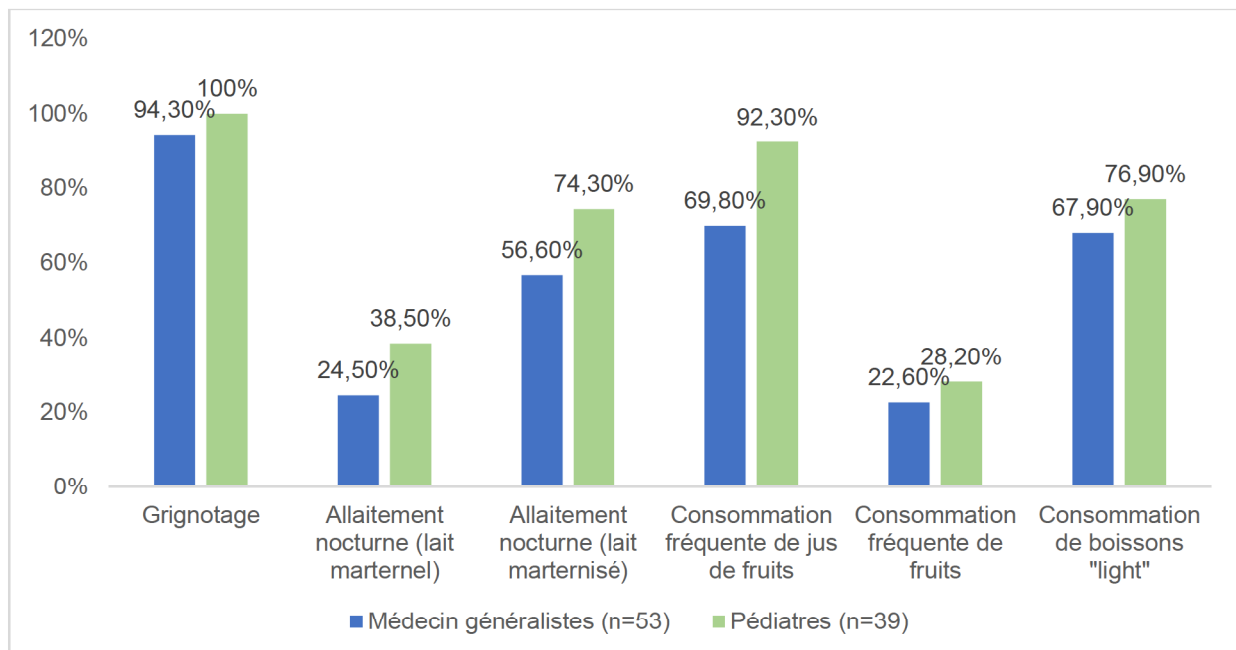


Figure 13 – Identification des facteurs alimentaires responsables de l'apparition de lésions carieuses chez l'enfant en fonction de la spécialité (n=92)

4 DISCUSSION

4.1 Représentativité de la population étudiée

La population cible de notre étude regroupait des médecins généralistes et des médecins pédiatres de la région PACA. La plus grande partie des répondants (89,1%) exerçait dans le département des Bouches-du-Rhône. Ceci s'explique par le fait que l'enquête visait au départ les praticiens exerçant dans ce département mais pour augmenter le nombre de réponses, il a été décidé de l'étendre à la région PACA.

L'âge moyen des médecins de l'étude était de 38,8 ans, ce qui ne correspond pas à la moyenne d'âge des médecins généralistes et pédiatres exerçant dans les Bouches-du-Rhône en 2016. Celle-ci était de 54,1 ans pour les généralistes et de 55,2 ans pour les pédiatres (17). Nous pouvons penser que les jeunes praticiens ont eu un plus grand intérêt à participer à notre enquête.

Le nombre de médecins généralistes ayant accepté de répondre à l'enquête était plus important que celui des médecins pédiatres. Ce qui peut paraître normal puisque dans la population générale, la proportion des médecins généralistes est plus élevée que celle des pédiatres. Toutefois, les médecins généralistes étant environ 20 fois plus nombreux que les pédiatres, nous pouvons dire que le taux de participation des pédiatres a été meilleur que celui des médecins généralistes (17).

Dans notre échantillon, le type d'exercice le plus pratiqué était l'activité libérale (54,3%) ce qui est représentatif de la population des médecins généralistes et pédiatres traitants (17).

4.2 Formation odontologique

La préparation de l'Examen Classant National (ECN), qui se compose de 345 items englobant la totalité du programme théorique de chaque discipline dispensé durant l'externat, comporte 8 items parlant de santé bucco-dentaire de façon directe ou indirecte (18). Les notions abordées dans ces derniers sont :

- L'allaitement maternel
- Les examens de santé obligatoires
- L'alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant
- Le développement bucco-dentaire et anomalies

L'item 46 est le seul item entièrement dédié à l'odontologie. La carie dentaire y est brièvement abordée. Les symptômes ainsi qu'une description rapide de l'examen clinique sont évoqués de même que la prévention de la carie dentaire.

Le programme de l'ECN montre que la formation initiale en matière de santé bucco-dentaire des médecins reste peu développée, que ce soit en matière de prévention, de diagnostic ou de prise en charge.

Moins d'un quart de la population de l'étude déclare avoir reçu un enseignement en santé bucco-dentaire durant sa formation initiale (externat et internat). Pourtant, tous les médecins, peu importe la faculté dont ils sont issus en France, sont censés avoir abordé tous les items préparant à l'internat et donc avoir acquis des notions en santé bucco-dentaire. Les pédiatres les abordent également durant les cours de D.E.S et D.E.S.C de pédiatrie. Il s'agirait là d'un biais de mémorisation qui pourrait s'expliquer par le faible nombre d'items incluant l'odontologie ou bien par manque d'intérêt pour cette spécialité.

Depuis février 2018, un service sanitaire a été instauré pour les 47 000 étudiants en santé (médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie, masseur-kinésithérapeute, infirmier). Il s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont l'axe principal est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Son objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention en les faisant participer à des actions concrètes auprès de publics ciblés (établissements scolaires, entreprises, lieux de vie...). Ils y abordent des thèmes prioritaires de santé publique comme l'activité physique, la contraception, la lutte contre les addictions. Les étudiants bénéficient également d'une sensibilisation à la santé orale afin d'en faire la promotion (19). La mise en place du service sanitaire permettra-t-elle de renforcer les connaissances en odontologie des médecins ? Eveillera-t-elle leur intérêt pour cette spécialité ?

Notre étude a montré que très peu de médecins (6,5%) avaient reçu des notions en odontologie au cours de leur formation continue. Nous pouvons donc penser que le domaine de la santé bucco-dentaire ne fait pas partie des priorités de formation des médecins traitants. Or, le chirurgien-dentiste ne peut pas être le seul acteur à intervenir dans la prise en charge de la santé orale en général, de la CPE en particulier.

Ce constat diffère de celui obtenu dans le travail de thèse de C. Pacorel réalisé en 2015 et intitulé "*Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé*"

de périnatalité", où 32% des pédiatres avaient reçu une formation sur la santé orale après leurs études (14). Il existe en effet de nombreux moyens d'obtenir des informations sur le sujet : diplôme universitaire (DU), diplôme interuniversitaire (DIU), congrès, revue scientifiques, internet....

4.3 Connaissances et pratiques professionnelles

4.3.1 Dépistage de la CPE

4.3.1.1 Examen dentaire

Il s'est avéré que les pédiatres (51,3%) étaient plus nombreux que les généralistes (35,8%) à examiner systématiquement les dents de leurs petits patients durant leur consultation. Un résultat qui peut se comprendre, les pédiatres étant davantage sensibilisés à la santé orale des enfants. D'autre part, un grand nombre de praticiens ont répondu examiner occasionnellement les dents des enfants (MG =56,6% ; P = 43,6%). Nous pouvons supposer que lorsqu'il est nécessaire d'examiner les amygdales ou la gorge pendant une consultation, un examen dentaire est en même temps réalisé. Enfin, très peu d'entre eux ont affirmé ne jamais examiner les dents, ce qui laisse penser que les médecins traitants sont concernés par le sujet de la santé bucco-dentaire.

Aucune recommandation officielle préconise aux médecins traitants de réaliser un bilan dentaire lors d'un examen de routine. Seul un examen de la cavité buccale doit être effectué et reporté dans le carnet de santé lors des examens obligatoires à 2 et 3 ans. Ce bilan dentaire doit également être reconduit à l'examen des 4 ans, 6 ans, 8 ans, 13 ans et 16 ans par le médecin traitant.

Dans la thèse de C. Barbet-Massin intitulée "*la carie précoce de l'enfant : le point de vue des médecins généraliste et pédiatres d'Aquitaine ; Poitou-Charentes ; Limousin*" (2016), les pédiatres ont là aussi davantage répondu positivement à la question "*regardez-vous les dents lors d'un examen de routine ?*" (P = 96,2% ; MG = 84,7%). Dans cette enquête, les interrogés pouvaient répondre à cet item par "oui" ou "non" (13). Ceci peut expliquer la différence des résultats obtenus car dans notre étude nous avons évalué la "fréquence" des examens dentaires réalisés pendant les consultations.

Dans la thèse de C. Pacorel, les pédiatres ont répondu examiner les dents systématiquement à 93,9% (14). Dans une étude réalisée en Arabie Saoudite en 2008, 78,8% des pédiatres ont

affirmé examiner systématiquement les dents des jeunes patients (20). Ce qui est bien supérieur aux résultats obtenus dans notre enquête.

4.3.1.2 Diagnostic de la CPE

Dans la thèse de C. Barbet-Massin, les praticiens ont été interrogés sur leur capacité à diagnostiquer les premiers signes précoces de lésions carieuses. Les pédiatres ont été plus nombreux à savoir distinguer les signes de la CPE (54,4%) que les médecins généralistes (42,4%). Mais cette connaissance n'avait pas été vérifiée à l'aide de photographies (13).

Nous avons donc décidé d'inclure à notre étude 4 cas cliniques illustrés par des photographies afin de connaître la capacité des médecins à identifier une lésion carieuse. Les résultats (cas 1 et 2) se sont avérés mitigés avec 57,1% et 43,3% de bonnes réponses pour l'ensemble des praticiens. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de C. Barbet-Massin (13).

Dans la thèse de L. Rabouam " *Dépistage bucco-dentaire de l'enfant de 24 mois : l'item du certificat médical est-il bien rempli par les médecins en Aveyron et en Haute Garonne ?*" (2016), il ressortait que l'item bucco-dentaire était globalement mal renseigné par les médecins. La case "nombre de dents cariées" était moins souvent remplie que la case "nombre de total". Faut-il penser que les médecins préféreraient ne rien affirmer faute de certitude dans leur diagnostic (21)?

Ces résultats moyens sur la faculté à dépister une lésion carieuse démontrent que la formation odontologique des médecins n'est pas suffisante.

4.3.2 Orientation des patients

L'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) recommande de réaliser la première visite chez un dentiste *entre l'apparition des premières dents et la première année de vie* (22). La HAS recommande également entre l'âge de 6 mois (éruption des premières dents) et 1 an, de réaliser un premier bilan afin d'identifier les facteurs de risques carieux (8). Il est, en effet, préférable de consulter le dentiste quand l'enfant n'a pas encore rencontré de problème dentaire. Cette première visite permet de découvrir l'historique médical de l'enfant, de faire un examen oral complet pour vérifier la croissance et le développement des dents et des mâchoires, d'évaluer le risque carieux individuel et donner des conseils de prévention (23).

Les résultats de notre étude ont montré que très peu de médecins traitants (4,35%) recommandaient le premier bilan dentaire entre 6 mois et 1 an. Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres recherches. Dans la thèse de C. Pacorel, 1 seule personne recommandait la première visite chez le dentiste à cet âge (14). Dans l'étude de C. Barbet-Massin, 5,79% des praticiens orientaient les petits patients entre la naissance et l'âge de 2 ans (13). Dans le travail de B. Lorca "*Quelles sont les connaissances actuelles des parents sur la prévention bucco-dentaire de leur(s) enfant(s) ?*" (2013), 80% ne connaissaient pas l'âge idéal de la première consultation (24). Nous pouvons en déduire que cette recommandation de l'UFSBD et de la HAS est mal connue des médecins.

Dans notre enquête, pour plus de la moitié des interrogés, le premier bilan bucco-dentaire devait être réalisé dans la petite enfance (entre 1 an et 3 ans). Cela correspond aux recommandations faites dans le carnet de santé où l'âge de la première visite conseillée chez le dentiste est de 3 ans. Nos résultats sont meilleurs que dans la thèse de C. Barbet-Massin, où l'âge de la première visite moyen était de 6 ans. L'âge de 6 ans correspondait jusqu'à présent au premier rendez-vous obligatoire de l'opération "*M'T dents*" mis en place par l'Assurance Maladie en 2007 (10). Mais, ce rendez-vous intervenait bien trop tard pour la prévention et le dépistage de la CPE. Depuis avril 2019, l'âge du premier rendez-vous a été ramené à 3 ans (10). Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une avancée pour la prise en charge de la CPE, même si les recommandations de la HAS ne sont toujours pas prises en compte par l'Assurance Maladie. Dans son travail, M. Latil a montré que le médecin traitant était rarement à l'origine de la première consultation dentaire. Un point positif ressortait : les parents prenaient eux même l'initiative d'amener leur enfant pour une première visite chez le dentiste (15).

La douleur était le motif essentiel pour lequel les praticiens adressaient leur patient chez le chirurgien-dentiste (MG = 84,9% ; P = 89,7%), ce qui corrobore la thèse de C. Pacorel (P = 88,1%) (14). Une raison qui semble évidente. Par contre, le mauvais état bucco-dentaire a été peu évoqué par les répondants (MG = 15,1% ; P = 7,7%). Certes, il ne faisait pas partie des choix de réponses prédéfinis mais il pouvait être renseigné dans la case "*Autre*". Dans le travail de C. Pacorel, 99,6% des pédiatres adressaient leur patient en cas de présence de lésions carieuses (14).

En ce qui concernait le choix du spécialiste en odontologie, les médecins traitants orientaient majoritairement les enfants vers les chirurgiens-dentistes omnipraticiens. Peu de médecins généralistes (24,5%) ont répondu adresser leur petit patient chez un pédodontiste, les pédiatres étaient plus nombreux (71,1%). En France, les spécialités reconnues en chirurgie-dentaire sont

l'orthodontie, la chirurgie orale et la médecine bucco-dentaire (25). L'odontologie pédiatrique est reconnue comme discipline ou catégorie mais pas officiellement comme spécialité. Un Certificat d'Etudes Supérieures (C.E.S) permet un approfondissement théorique, pratique et méthodologique de cette discipline de l'odontologie. Pour être reconnue comme spécialité à part entière, la création d'un D.E.S en odontologie pédiatrique serait nécessaire. Passer de "discipline" à "spécialité", permettrait peut-être aux médecins de mieux identifier les praticiens en odontologie pédiatrique.

Moins d'un quart des médecins de notre étude ont répondu rencontrer des difficultés à orienter leur patient pour les soins dentaires. Parmi les freins évoqués, le principal était "*le refus des dentistes omnipraticiens de prendre en charge les jeunes enfants*". Cette remarque ressortait également dans les thèses de C. Barbet-Massin (13) et de C. Pacorel (14). Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2009 avec 138 pédiatres soulevait la même problématique (26). Il s'agit donc d'un souci majeur et général concernant la prise en charge des jeunes enfants par les dentistes omnipraticiens.

Un autre frein a été avancé : "*le manque d'intérêt des parents vis-à-vis de la santé bucco-dentaire*". Il apparaissait aussi dans le travail de C. Barbet-Massin (13). Dans une étude menée dans l'état du Maryland en 2016, les chirurgiens-dentistes ont déclaré qu'il était compliqué pour eux de faire prendre conscience aux parents issus de milieux sociaux défavorisés de l'importance de la santé orale des jeunes enfants. Les parents ne savaient pas que les lésions carieuses étaient évitables et pensaient qu'extraire des dents de lait prématurément était sans conséquence (27).

"*La méconnaissance des pédodontistes par les médecins*" est confirmée et "*l'absence de continuité des soins pour les urgences dentaires le soir et le week-end*" soulignée (26). Ce problème de permanence des soins dentaires n'est pas récent puisque nous le retrouvons dans d'autres travaux (14,26). Des mesures afin d'améliorer la prise en charge des patients dans un contexte d'urgence dentaire serait à prendre.

4.3.3 Hygiène bucco-dentaire

Le brossage des dents doit être débuté *dès l'apparition des dents temporaires* (vers 6 mois) selon les recommandations de la HAS et de l'AAPD (6,8). Les mesures d'hygiène bucco-

dentaire sont à installer de manière précoce, tant dans un contexte de prévention de la carie dentaire que dans un souci d'éducation pour la santé du patient (28).

Dans notre étude, la quasi-totalité des praticiens (97,8%) a répondu correctement sur le moment où l'hygiène bucco-dentaire doit être mise en place, ce qui est très satisfaisant. Cependant, la présence de choix de réponses prédéfinies à cette question a pu créer un biais. Dans la thèse de C. Barbet-Massin, l'âge de 2 ans était la réponse la plus donnée (13). Pour C. Pacorel, 59,9% des praticiens avaient correctement répondu (14). Dans le travail de B. Lorca, 11% des médecins connaissaient l'âge auquel le brossage des dents devait débiter (24). Dans cette même enquête, les parents étaient 72% à penser que le brossage des dents commençait entre 2 et 3 ans. Pourtant, à cet âge, les dents temporaires sont présentes depuis un certain temps en bouche et exposées aux facteurs de risques carieux. En plus de l'aspect préventif, nous pouvons souligner qu'un brossage des dents précoce constitue une notion de bien-être chez l'enfant. Le nettoyage des dents doit lui donner goût à avoir ses dents lisses et sa bouche fraîche (29).

Le nombre de brossage des dents préconisé dans plusieurs sources de recommandations d'hygiène bucco-dentaire diffère en fonction de l'âge. Entre 6 mois et 2 ans, il est conseillé aux parents de nettoyer les dents de leur enfant au moins une fois par jour. A partir de 3 ans au moins deux brossages par jour supervisés par les parents doivent être fait (8,22,30,31).

Dans notre étude, 68,5% des praticiens ont répondu recommander 2 brossages des dents quotidien à leur petit patient. Cette réponse est en accord avec le nombre de brossages que préconise la HAS pour l'ensemble de la population (8). Les médecins avaient la possibilité de répondre librement à cet item en cochant la case "*Autre, précisez*". Aucun répondant n'a évoqué le fait que le nombre de brossage par jour dépendait de l'âge de l'enfant. Dans le travail de L. Latil, il ressortait que 55% des enfants de 6 ans ou moins se brossaient les dents 2 à 3 fois par jour. D'après les parents, le brossage des dents serait fréquemment abordé par les professionnels de santé (15).

Les médecins traitants soulignaient qu'ils manquaient de temps pour aborder la prévention bucco-dentaire pendant leur consultation (13). Pour la quasi-totalité des praticiens de notre étude, des hygiénistes dentaires (professionnels de santé assurant la promotion de la santé buccale) (32) auraient ainsi leur place dans le parcours de suivi et prévention. Les chirurgiens-dentistes ont déclaré fournir des informations de prévention aux parents et aux enfants, mais il semblerait que les hygiénistes dentaires soient bien plus impliqués dans la promotion des

mesures de prévention (27). Or, si cette profession d'hygiéniste dentaire ou d'assistant dentaire qualifié en prophylaxie est reconnue dans l'ensemble de l'Union Européenne, elle ne l'est pas en France ou encore en Belgique, Bulgarie, Croatie, Grèce et Luxembourg (33). Dans le travail de thèse de B. Coppin " *Le métier d'hygiéniste en Europe. Et pourquoi pas en France ?*" (2017), une enquête par analyse de textes écrit entre 2014 et 2016 sur la question des hygiénistes dentaires en France a été réalisée. Il en ressort une possibilité de faire évoluer le métier "d'assistant dentaire" vers un "assistant dentaire orienté en prévention", et non de créer une nouvelle profession d'hygiénistes dentaires (34).

Ce besoin de renforcer les équipes de santé pour améliorer la diffusion des mesures préventives semble une évidence. Car, s'il a été constaté que les jeunes enfants ayant bénéficié de soins dentaires sous anesthésie générale, développaient à nouveau des caries à court terme, les premiers résultats d'une étude de 2016 ont montré une diminution de nouvelles lésions carieuses chez les enfants ayant bénéficié de soins grâce à un engagement mutuel patient-soignant (35).

4.3.4 Utilisation de fluorures

Le rôle des fluorures dans la prévention des lésions carieuses et leur contrôle n'est plus à démontrer. L'exposition fréquente au fluor permet la reminéralisation de l'émail, réduit sa déminéralisation et inhibe le métabolisme bactérien et la production d'acide. Toutefois, le risque de fluorose dentaire peut être influencé par la dose et la fréquence d'exposition aux fluorures. Cette dernière n'est pas sans conséquence. Elle fragilise le bord incisif, affaiblit l'anatomie des sillons des molaires de 6 ans et joue sur l'esthétique (stries blanchâtres sur l'émail en cas de fluorose légère, les plus sévères présentent sur la surface de l'émail des zones poreuses hypominéralisées de grande taille, des puits, des sillons et des décolorations secondaires). Afin de prévenir au mieux la fluorose, il est impératif que les médecins soient informés sur le processus des lésions carieuses et l'utilisation des fluorures (36).

Selon l'AFSSAPS et la HAS, l'utilisation d'un dentifrice fluoré est recommandée **dès l'apparition des premières dents temporaires (environ 6 mois)** (8,30). Les résultats de notre enquête ont montré un manque de connaissance de cette recommandation. Seulement 15,2% des praticiens ont répondu correctement. Pour la moitié d'entre eux, le dentifrice fluoré devait être utilisé à partir du moment où l'enfant est capable de cracher. Ce qui se comprend puisque plus l'enfant est jeune, plus il peut avaler une quantité non négligeable de ce fluor "topique". Toutefois, des dentifrices à teneur en fluor adaptée à l'âge existent, ce qui permet leur utilisation

dès l'âge de 6 mois. Il incombe aux parents de surveiller les quantités de dentifrice utilisées et s'assurer que les enfants ingèrent celui-ci à minima (36). En effet, il est important de contrôler les apports systémiques de fluor. Une réduction statistiquement significative de la fluorose légère a été constatée quand le brossage des dents de l'enfant avec un dentifrice fluoré débutait après l'âge de 12 mois (37).

Dans le travail de C. Pacorel, 29,9% des pédiatres préconisaient l'utilisation du dentifrice fluoré dès l'apparition des premières dents (14).

Les recommandations quant à la teneur en fluor des dentifrices en fonctions de l'âge diffèrent (8,12,22,30,31). Il serait intéressant d'uniformiser ces recommandations sur la base de celles de la HAS de 2010:

- De 6 mois à 3 ans : dentifrice fluoré \leq 500 ppm (trace sur la brosse à dents)
- De 3 ans à 6 ans : dentifrice fluoré = 500 ppm. (taille d'un petit pois sur la brosse à dents) *Nb : si l'enfant est capable de cracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice à 1000 ppm peut être utilisé*
- Après 6 ans : dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm (longueur de la brosse à dents)

L'European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) a délivré de nouvelles recommandations sur l'utilisation du dentifrice fluoré depuis début mai 2019 (congrès de Chania--non publié).

Age	(ppm F)	Fréquence	Poids (g)	Taille
Premières dents à 2 ans	1000	2 fois/jour	0,125	Grain de riz
2-6 ans	1000+	2 fois/jour	0,25	Petit poids
Après 6 ans	1450	2 fois/jour	0,5-1,0	Longueur de la brosse à dent

Tableau 5 – Recommandations de l'utilisation du dentifrice fluoré chez les enfants (EAPD 2019)

L'EAPD a souligné que les preuves d'un effet préventif des lésions carieuses avec un dentifrice à teneur en fluor supérieur ou égale à 500 ppm étaient insuffisantes. Chez les enfants de 2 à 6 ans, la teneur en fluor doit être adaptée en fonction du risque carieux individuel de chaque enfant.

Rappelons que le dentifrice fluoré est la principale source d'apport de fluor "topique" intervenant dans la prévention de la carie (30).

L'AFSSAPS a effectué en 2008 une mise au point sur le fluor et son utilisation. D'anciennes recommandations encourageaient la prescription systématique de fluor systémique avant l'éruption des premières dents au motif qu'il était supposé s'incorporer à l'émail dès sa formation et lui conférer ainsi des qualités durables de dureté et de résistance à la carie. Aujourd'hui, il est recommandé d'apporter régulièrement de faibles doses de fluor, principalement topique par le brossage des dents avec un dentifrice adapté à l'âge tout au long de la vie. La prescription de fluor par voie systémique n'est donc plus recommandée avant l'apparition des dents (avant 6 mois) (30).

Les praticiens ont répondu à 80,4% ne jamais prescrire de fluor en systémique chez l'enfant de moins 6 mois, ce qui est en adéquation avec les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS. Les praticiens qui avaient une expérience professionnelle inférieure à 15 ans semblaient davantage au courant de cette nouvelle recommandation, sûrement plus motivés que les anciens à mettre leur savoir à jour.

Dans l'étude de C. Pacorel, les pédiatres étaient 64,1% à savoir que le fluor systémique chez l'enfant pouvait être prescrit à partir de 6 mois (14). Au Brésil en 2010, près de 99% des pédiatres ne prescrivaient pas de fluor sous forme de gouttes ou cachets avant 6 mois (38). Après l'âge de six mois, l'AFSSAPS recommande désormais de réserver la prescription de fluor médicamenteux aux enfants présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé (30). Les médecins traitants doivent donc être capables de réaliser l'évaluation du RCI. Selon la HAS, un enfant est considéré à risque carieux élevé s'il présente un seul facteur de risque individuel. (Tableau 6)

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque collectifs
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré ➤ Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter : aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons ➤ Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie ➤ Sillons anfractueux au niveau des molaires ➤ La présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation ➤ Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Période post-éruptive ➤ Niveau socio-économique et/ou niveau d'éducation faible de la famille ➤ Mauvais état de santé bucco-dentaire des parents ou de la fratrie ➤ Maladie et handicap entraînant des difficultés de brossage ➤ Antécédents de caries ➤ Présence d'éléments favorisant la rétention de la plaque (restaurations défectueuses, appareils orthodontiques ou prothétiques)

Tableau 6 - Facteurs de risques individuels et collectifs de la carie dentaire d'après la HAS (39)

Il serait intéressant de savoir si cette évaluation du RCI est bien effectuée avant chaque prescription de fluor systémique. De même, un bilan fluoré des apports journaliers doit systématiquement précéder une prescription de fluor médicamenteuse (30). Afin d'éviter la survenue d'une fluorose dentaire, il faut contrôler l'administration des fluorures chez les jeunes enfants. Le risque de fluorose dentaire est écarté à partir de 8 ans, âge où l'émail est totalement minéralisé (sauf pour les 3èmes molaires) (36). Ceci nécessite de réaliser périodiquement un bilan fluoré et de restreindre l'utilisation de fluorures systémiques à une seule source.

Le bilan des apports fluorés quantifiables prend en compte : eau de boisson consommée, consommation de sel fluoré, de thé et poisson de mer. Une seule source de fluorures par voie systémique doit être administrée (30).

Ces deux dernières décennies, une augmentation du taux de fluorose a été observée (36). Dans les années 1950, la seule source de fluor dans les pays développés comme les Etats-Unis était l'eau potable. Sa teneur en fluor était de 0,7 à 1,2 ppm selon le climat (consommation plus fréquente d'eau dans un climat chaud). De nos jours, les sources de fluor sont variées : aliments transformés, boissons, dentifrices, pesticides. Il pourrait s'agir de la cause de l'augmentation du taux de fluorose. La fluoration est actuellement mise en cause dans l'augmentation des cas de maladies de la thyroïde dans les pays qui fluorisent leurs eaux. Certains auteurs défendent encore l'idée qu'à faible teneur en fluor, l'eau publique s'avère efficace dans la prévention des lésions carieuses et sans danger (40). Pour eux, la recrudescence de fluoroses pourrait être due à un mauvais diagnostic initial. Les lésions carieuses précoces ou les taches blanches dues à la prise d'antibiotiques sont des diagnostics différentiels de la fluorose dentaire (40). Il faut également être vigilant au lait maternisé qui peut lui aussi constituer une source de fluorures. Sa teneur en fluor dépend du fabricant. Le fait de mélanger cette préparation avec une eau à forte teneur en fluor entraîne une trop grande ingestion de ce dernier. Depuis 2006, il est recommandé d'utiliser de l'eau à faible teneur en fluor pour mélanger le lait maternisé (40). 27,2% des médecins de notre étude ont déclaré ne jamais réaliser de bilan fluoré personnalisé avant une prescription en systémique. Les praticiens ayant le plus d'expérience professionnelle étaient le plus nombreux à ne pas réaliser ce bilan. Ce chiffre reste bien trop élevé par rapport au risque de fluorose dentaire.

4.3.5 Alimentation

4.3.5.1 Le grignotage

Les lésions carieuses sont initiées par une *déminéralisation de l'émail* dentaire quand le pH salivaire du milieu buccal passe en dessous du pH critique de 5,5. A chaque consommation de glucides, le pH buccal chute en dessous du pH critique et une attaque acide se produit. Quelques minutes après, grâce au pouvoir tampon salivaire, l'émail se reminéralise. Au cours des prises alimentaires, l'émail est sans cesse soumis à des phénomènes de déminéralisation-reminéralisation (41). Le comportement de grignotage est donc un facteur de risque carieux. Celui-ci semble bien connu par les médecins, puisque la totalité des pédiatres et 94,3% des médecins généralistes l'ont identifié comme tel contrairement à ce que d'autres recherches ont fait ressortir (13).

En ce qui concerne la consommation de produits sucrés, les recommandations de l'OMS, du Plan national nutrition santé (PNNS), de l'Association dentaire française (ADF), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), la SFOP, l'UFSBD et l'HAS préconisent de réduire la fréquence des prises alimentaires entre les repas (grignotage y compris boissons sucrées) (7,8,12,23,42,43). Il est conseillé de répartir les prises alimentaires en 4 temps dans une journée : petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner et boire de l'eau après chaque prise alimentaire. La collation du matin, très prisée dans les écoles, doit être supprimée. Entre ces 4 repas, le grignotage est à proscrire.

4.3.5.2 L'allaitement

Le régime alimentaire potentiellement cariogène débute dès la naissance avec la prise de lait maternel ou de substitut de lait maternel (44). Le lait maternel n'est pas cariogène en lui-même. L'allaitement nocturne dit "à la demande" peut engendrer des polycaries du jeune enfant. En effet, le nourrisson a tendance à s'endormir et à ne pas déglutir les dernières gorgées. Du lait stagne alors autour des dents, le lactose fermente et crée des acides responsables de la déminéralisation de l'émail. De plus, la salive diminue en quantité et en qualité durant le sommeil, elle ne joue plus son rôle d'auto-nettoyage des surfaces dentaires (45).

Dans une étude réalisée au Brésil sur 345 enfants, la prévalence de la CPE a été évaluée après l'enregistrement, sur une durée de 48h, de tous les aliments et boissons donnés par les mères à leur enfant âgé de 12 mois. La CPE s'est avérée 1,8 fois plus élevée chez les enfants nourris au sein plus de 3 fois par jour contre 1,4 fois plus élevée pour ceux nourris au biberon plus de 3 fois par jour. La CPE sévère était significativement associée à un allaitement fréquent et à une grande fréquence de consommation d'autres aliments ou boissons (46).

Une autre étude menée au Japon a révélé que les nourrissons allaités exclusivement au sein pendant au moins 7 à 8 mois présentaient un risque plus élevé de lésions carieuses à 30 mois par rapport à ceux nourris au lait maternisé (47). Aussi l'allaitement maternel prolongé au-delà de 2 ans augmenterait le risque de développer des lésions carieuses. Ces résultats d'études nous montrent l'importance de mettre en place des mesures préventives dans le cadre de la santé orale, car les bienfaits de l'allaitement maternel pour la santé sont nombreux (48,49).

Mais dans d'autres travaux les résultats diffèrent. Une méta-analyse transversale a montré que les enfants allaités étaient moins touchés par les lésions carieuses (50).

A partir de 8/12 mois, âge correspondant à la deuxième phase de la diversification alimentaire, la consommation de lait reste importante avec 500 à 800 ml/jour recommandée. Le rythme des

4 prises alimentaires réparties en petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner doit être mis en place dès cette période afin d'instaurer de bonnes habitudes alimentaires. Les apports laitiers (lait maternel, maternisé ou produits laitiers) doivent constituer un repas ou le compléter. Les tétées ou biberons à la demande sont à exclure même si l'enfant a peu mangé au cours d'un repas (9). Ces recommandations permettraient-elles de diminuer le risque carieux lié à l'allaitement à la demande ? D'autres études cliniques devraient être menées afin de renforcer les preuves.

L'allaitement nocturne à la demande, maternel ou artificiel, doit être considéré comme facteur de risque carieux. Le pouvoir cariogène de l'allaitement artificiel nocturne semblait mieux connu par les médecins que celui de l'allaitement maternel. Les pédiatres paraissaient être plus informés sur le sujet que les médecins généralistes. L'expression "syndrome du biberon" (ancienne appellation de la CPE) pourrait être à l'origine de cette réponse. En effet, cela peut laisser penser que seul le lait maternisé serait à l'origine des lésions carieuses chez le jeune enfant. Nos résultats concordent avec ceux de C. Barbet-Massin (13).

4.3.5.3 Les boissons

Après la diversification alimentaire, les enfants ont besoin de boire beaucoup plus car les aliments qu'ils consomment contiennent moins d'eau que le lait. La seule boisson recommandée est l'eau pure peu minéralisée (9). Les jus de fruits ne sont pas indispensables au régime alimentaire. Les sodas, même "light" sont à éviter car leur goût sucré plaît aux enfants qui peuvent refuser de boire de l'eau par la suite (9). En outre, ces aliments à base de saccharose, sont vecteurs d'acides et constituent un risque cariogène majeur ainsi qu'un facteur de risque d'érosion dentaire. La plupart des sodas, jus de fruits et boissons « light » ont un pH compris entre 2,4 et 3,6. Les boissons « light » présentent un fort potentiel cariogène et érosif du fait de la présence d'additifs (acide phosphorique, citrique et tartrique) (41). Les boissons sucrées, qui sont traditionnellement peu consommées en France, sont privilégiées par les personnes de faible niveau de revenu. L'écart de consommation quotidien entre les enfants et adolescents de niveaux socioéconomiques extrêmes atteint 90 ml par jour (51). Pour rappel, le niveau socio-économique fait partie des facteurs de risque carieux collectif définis par la HAS (39).

Dans une grande majorité, les médecins percevaient les jus de fruits et les boissons "light" comme des facteurs de risque alimentaire.

4.3.5.4 Les fruits

Les fruits ne sont pas considérés comme facteur de risque engendrant des lésions carieuses, à condition qu'ils soient consommés au cours des repas et en association avec une bonne hygiène bucco-dentaire. S'ils sont consommés fréquemment en plus des repas, ils deviennent un facteur potentiel au développement de lésions carieuses. Environ un quart des médecins ont considéré que la consommation fréquente de fruit avait un potentiel cariogène.

Globalement, les médecins généralistes et pédiatres ont obtenu de bons résultats quant à l'identification des facteurs alimentaires cariogènes.

4.4 Intérêt des médecins pour le sujet

Les praticiens ont eu la possibilité d'émettre des commentaires à propos de notre questionnaire. Il en est ressorti que les médecins ont trouvé cette *"enquête intéressante"* et qu'elle leur a permis de *"prendre conscience de leurs lacunes"*. Ils ont aussi fait remarquer le *"manque de formation en odontologie durant leur cursus"*, ce qui confirme les résultats obtenus dans notre étude. Ils ont été nombreux à demander *"un retour avec les réponses aux questions"*. Une fiche a donc été réalisée avec les réponses détaillées afin de pouvoir l'envoyer aux demandeurs qui nous ont laissé leur mail (Annexe 3). Ces commentaires sont encourageants et montrent l'intérêt que portent les médecins à la santé bucco-dentaire.

Dans l'étude de C. Barbet, les médecins généralistes et pédiatres avaient souligné qu'ils n'étaient pas certains de leur diagnostic sur la CPE et avaient également demandé un retour (13).

Les interrogés ont répondu très majoritairement être intéressés par une mise en niveau sur leurs connaissances en santé orale. Il a d'ailleurs été montré que, après 4 à 5 heures d'entraînement sur le sujet, les médecins seraient capables de reconnaître une lésion carieuse tout aussi bien qu'un dentiste (52).

Dans le travail de C. Pacorel, 80% des praticiens considéraient qu'une réactualisation de leurs connaissances était nécessaire (14).

4.5 Limites de l'étude

Initialement, notre questionnaire ciblait les médecins pédiatres et généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône. Face à l'absence de réactivité ou aux refus des réseaux nous avons choisi dans un second temps d'élargir notre étude au niveau régional afin d'obtenir un échantillon plus large. Ces freins ont eu pour conséquence d'avoir un échantillon assez réduit. Nous pouvons donc penser que les médecins qui ont répondu à notre questionnaire étaient ceux qui s'intéressaient à la santé bucco-dentaire avec un biais possible sur certains résultats.

D'autre part, le fait d'avoir réalisé un questionnaire semi-ouvert avec des choix de réponses prédéfinies a pu influencer les praticiens, créant ainsi un biais de réponses.

5 CONCLUSION

Notre étude nous a permis de faire le point sur les connaissances des médecins généralistes et pédiatres de la région en matière de CPE et leurs pratiques professionnelles face à celle-ci.

Malgré un manque évident de notions en santé bucco-dentaire reçues pendant leur formation professionnelle, de nombreux points positifs sont ressortis. Tout d'abord, les mesures d'hygiène bucco-dentaire étaient acquises pour la majorité des praticiens (âge où doit débiter le brossage des dents, nombre de brossage quotidien). Ensuite, concernant les nouvelles recommandations sur l'utilisation du fluor systémique (30), ils étaient très nombreux à les suivre.

Les médecins semblaient impliqués dans le dépistage de la CPE chez leur patient, la majorité examinant très souvent les dents lors de leur consultation. Nous pouvons souligner que, les résultats passables quant à l'identification des lésions carieuses peuvent être un frein dans l'orientation des enfants vers un spécialiste. Tout comme peut l'être la méconnaissance de l'âge de la première visite chez le dentiste. Par ailleurs, il serait aussi nécessaire que les recommandations d'utilisation du dentifrice fluoré soient mieux connues.

Les médecins ont montré un intérêt important sur le sujet de la santé orale et sont demandeurs d'informations en la matière. Ce souhait avait déjà été émis dans d'autres études (13,14). Pour une meilleure prise en charge précoce de la CPE, il serait ainsi intéressant de mettre à leur disposition des fiches informatives. Celles-ci les aideraient à reconnaître les premiers signes précoces de lésions carieuses, les renseigneraient sur les différentes possibilités d'orientation des petits patients en fonction de leur degré de coopération face aux soins et résumeraient les recommandations de prévention de la HAS.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE PILOTE

ANNEXE 3 : FICHE DE REPONSES AUX QUESTIONS

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE GOOGLE FORM

Place du médecin traitant et du médecin pédiatre dans le dépistage de la carie précoce de l'enfant et son orientation dans le parcours de soins.

Le but de ce questionnaire est d'enquêter sur la détection de la carie précoce de l'enfant et de son orientation vers un spécialiste.

Conscients de votre charge de travail, nous vous sommes très reconnaissants de l'attention que vous accorderez à cette enquête en répondant au questionnaire ci-dessous. Le temps de réponse est estimé environ à 5 minutes. Ce questionnaire est anonyme et vos réponses sont strictement confidentielles.

Ce questionnaire s'intègre dans un projet de recherche pour une thèse d'exercice en Odontologie Pédiatrique mené par Laura AMIEL dirigée par le Docteur Ariane CAMOIN (MCU-PH Odontologie Pédiatrique à Marseille) et le Professeur Corinne TARDIEU (PU-PH Odontologie Pédiatrie à Marseille).

Si par ailleurs vous souhaitez nous contacter, voici le courriel des investigateurs : these.amiel@gmail.com

Si vous avez déjà reçu une invitation à participer à cette enquête et que vous y avez déjà répondu, nous vous prions de nous excuser pour la gêne occasionnée.

*Obligatoire

VOTRE PROFIL

1. Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Quelle est votre année de naissance ? *

Une seule réponse possible.

- 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958

- 1959
- 1960
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966
- 1967
- 1968
- 1969
- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993
- 1994

3. Dans quelle ville avez-vous réalisé votre internat?

4. Dans quelle(s) commune(s) exercez-vous? *

5. **Quelle est votre spécialité ?** *Une seule réponse possible.*

- Spécialiste en médecine générale
- Spécialiste en pédiatrie
- Autre : _____

6. **Depuis combien de temps exercez-vous votre profession? ***

Une seule réponse possible.

- de 5 ans
- entre 5 ans et 15 ans
- + de 15 ans

7. **Quel est votre type d'exercice ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Activité libérale
- Activité salariée en Hôpital public
- Activité salariée en Hôpital ou Clinique privée Autre :
- Autre _____

8. **Au cours de votre formation INITIALE, avez-vous bénéficié d'une sensibilisation ou acquisition de compétences en matière de santé bucco-dentaire ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. **Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions**

10. **Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous bénéficié d'une sensibilisation ou acquisition de compétences en matière de santé bucco-dentaire ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11. **Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions**

12. Seriez-vous intéressé(e) par une mise au point sur le sujet ? *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Passez à la question 13.

DÉPISTAGE ET ORIENTATION

13. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

14. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

15. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

16. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

17. Lors de vos consultations, examinez-vous les dents de vos jeunes patients : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais

18. Dans quel contexte adressez-vous un jeune patient chez le dentiste ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Douleur formulée par l'enfant et/ou les parents
- Lors des visites " obligatoires de la sécurité sociale "
- En visite de routine
- Autre : _____

19. Selon vous, à quel âge le premier bilan bucco-dentaire doit-il être réalisé? *

Une seule réponse possible.

- Entre l'éruption des dents lactéales et le premier anniversaire
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Dès l'éruption des premières dents permanentes
- Autre : _____

20. Concernant les soins bucco-dentaires, vers qui adressez-vous vos jeunes patients ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Orthodontiste
- Pédiodontiste/ Spécialiste en Odontologie Pédiatrique
- Dentiste omnipraticien
- Autre : _____

21. Avez-vous des difficultés à adresser vos jeunes patients aux professionnels de santé pour les soins dentaires ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22. Si oui, pouvez-vous nous détailler ces difficultés ?

23. Selon vous, le brossage des dents doit être réalisé... *

Une seule réponse possible.

- Dès l'éruption des premières dents temporaires
- Dès l'éruption des dents permanentes
- Autre : _____

24. Combien de brossages préconisez-vous à vos jeunes patients par jour? *

Une seule réponse possible.

- 1 brossage par jour
- 2 brossages par jour
- 3 brossages par jour
- Autre : _____

25. A partir de quel âge l'utilisation d'un dentifrice fluoré est-elle recommandée ? *

Une seule réponse possible.

- Dès l'apparition des premières dents lactéales (environ 6 mois)
- A l'apparition des premières molaires lactéales (vers 12-18 mois)
- Dès que l'enfant est capable de cracher
- Autre : _____

26. Selon vous, des hygiénistes dentaires auraient-ils leur place dans le parcours de prévention (enseignement à l'hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

PRESCRIPTION DE FLUORURES

27. A quelle fréquence prescrivez-vous du fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais

28. Si vous êtes prescripteur de fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois, réalisez- vous un bilan fluoré préalablement : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais
- Je ne prescris jamais de Fluor par voie systémique

ALIMENTATION ET RISQUE CARIEUX

29. Selon vous, ces facteurs alimentaires peuvent-ils être responsables de l'apparition de caries chez l'enfant ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Grignotage
- Allaitement nocturne (lait maternel)
- Allaitement nocturne (lait maternisé)
- Consommation fréquente de jus de fruits
- Consommation fréquente de fruits
- Consommation de boissons "light"

30. Voulez-vous apporter un commentaire concernant cette enquête ?

Nous vous remercions d'avoir répondu au questionnaire

Fourni par



ANNEXE 2
QUESTIONNAIRE PILOTE

Place du médecin traitant et du médecin pédiatre dans le dépistage de la carie précoce de l'enfant et son orientation dans le parcours de soins.

Le but de ce questionnaire est d'enquêter sur la détection de la carie précoce de l'enfant et de son orientation vers un spécialiste.

Conscients de votre charge de travail, nous vous sommes très reconnaissants de l'attention que vous accorderez à cette enquête en répondant au questionnaire ci-dessous. Le temps de réponse est estimé environ à 5 minutes. Ce questionnaire est anonyme et vos réponses sont strictement confidentielles.

Ce questionnaire s'intègre dans un projet de recherche pour une thèse d'exercice en Odontologie Pédiatrique mené par Laura AMIEL dirigée par le Docteur Ariane CAMOIN (MCU-PH Odontologie Pédiatrique à Marseille) et le Professeur Corinne TARDIEU (PU-PH Odontologie Pédiatrie à Marseille).

Si par ailleurs vous souhaitez nous contacter, voici le courriel des investigateurs : these.amiel@gmail.com

Si vous avez déjà reçu une invitation à participer à cette enquête et que vous y avez déjà répondu, nous vous prions de nous excuser pour la gêne occasionnée.

*Obligatoire

VOTRE PROFIL

1. Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Quelle est votre année de naissance ? *

Une seule réponse possible.

- 1943
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957

- 1958
- 1959
- 1960
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966
- 1967
- 1968
- 1969
- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993
- 1994

3. Dans quelle(s) commune(s) exercez-vous? *

4. Quelle est votre spécialité ?*

Une seule réponse possible.

- Spécialiste en médecine générale
- Spécialiste en pédiatrie
- Autre : _____

5. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession? *

Une seule réponse possible.

- de 5 ans
- entre 5 ans et 15 ans
- + de 15 ans

6. Quel est votre type d'exercice ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Activité libérale
- Activité salariée en Hôpital public
- Activité salariée en Hôpital ou Clinique privée
- Autre : _____

7. Au cours de votre formation INITIALE, avez-vous bénéficié d'une sensibilisation ou acquisition de compétences en matière de santé bucco-dentaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions

9. Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous bénéficié d'une sensibilisation ou acquisition de compétences en matière de santé bucco-dentaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions

11. Seriez-vous intéressé(e) par une mise au point sur le sujet ? *

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. QUESTION PILOTE : avez-vous des remarques à formuler concernant le fond ou la forme des questions concernant le profil des participants ?

Passez à la question 13.

DÉPISTAGE ET ORIENTATION

13. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

14. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

15. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

16. Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ? *



Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

17. QUESTION PILOTE : la présentation de photographies vous paraît-elle appropriée au contexte de l'étude ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Lors de vos consultations, examinez-vous les dents de vos jeunes patients : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
 Occasionnellement
 Jamais

19. Dans quel contexte adressez-vous un jeune patient chez le dentiste ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Douleur formulée par l'enfant et/ou les parents
 Lors des visites " obligatoires de la sécurité sociale "
 En visite de routine
 Autre : _____

20. Selon vous, à quel âge le premier bilan bucco-dentaire doit-il être réalisé? *

Une seule réponse possible.

- Entre l'éruption des dents lactéales et le premier anniversaire
 Entre 1 et 2 ans
 Entre 2 et 3 ans
 Dès l'éruption des premières dents permanentes
 Autre : _____

21. Concernant les soins bucco-dentaires, vers qui adressez-vous vos jeunes patients ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Orthodontiste
 Pédiodontiste/ Spécialiste en Odontologie Pédiatrique
 Dentiste omnipraticien
 Autre : _____

22. Avez-vous des difficultés à adresser vos jeunes patients aux professionnels de santé pour les soins dentaires ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

23. Si oui, pouvez-vous nous détailler ces difficultés ?

24. Selon vous, le brossage des dents doit être réalisé... *

Une seule réponse possible.

- Dès l'éruption des premières dents temporaires
- Dès l'éruption des dents permanentes
- Autre : _____

25. A partir de quel âge l'utilisation d'un dentifrice fluoré est-elle recommandée ? *

Une seule réponse possible.

- Dès l'apparition des premières dents lactéales (environ 6 mois)
- A l'apparition des premières molaires lactéales (vers 12-18 mois)
- Dès que l'enfant est capable de cracher
- Autre : _____

26. Selon vous, des hygiénistes dentaires auraient-ils leur place dans le parcours de prévention (enseignement à l'hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

27. QUESTION PILOTE : avez-vous des remarques concernant le fond ou la forme des questions concernant la prise en charge odontologique en pédiatrie ?

PRESCRIPTION DE FLUORURES

28. A quelle fréquence prescrivez-vous du fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais

29. Si vous êtes prescripteur de fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois, réalisez-vous un bilan fluoré préalablement : *

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais
- Je ne prescris jamais de Fluor par voie systémique

30. **Question pilote : avez-vous des remarques concernant le fond ou la forme des questions concernant la prescription de fluorures chez l'enfant ?**

ALIMENTATION ET RISQUE CARIEUX

31. **Selon vous, ces facteurs alimentaires peuvent-ils être responsables de l'apparition de caries chez l'enfant ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Grignotage
- Allaitement nocturne (lait maternel)
- Allaitement nocturne (lait maternisé)
- Consommation fréquente de jus de fruits
- Consommation de fruits
- Consommation de boissons "light"

32. **Question pilote : avez-vous des remarques concernant le fond ou la forme de la question concernant l'alimentation et le risque carieux ?**

33. **Voulez-vous ajouter des commentaires ou des remarques concernant le questionnaire ?**

34. **Question pilote : combien de temps avez-vous mis pour répondre au questionnaire?**

35. **Question pilote: ce temps vous paraît-il compatible avec votre charge de travail?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Nous vous remercions d'avoir répondu au questionnaire

Fourni par



ANNEXE 3

CARIES PRECOCES DE L'ENFANT REPONSES AUX QUESTIONS

1) Selon vous, sur cette photographie, l'enfant est-il atteint de lésions carieuses ?



Photo n°1

OUI. Il s'agit de **lésions carieuses évolutives** (l'aspect cavitaire des lésions et leur couleur marron et mate évoquent un processus actif). Dans ce cas de figure, il s'agit d'un **syndrome des caries précoces de l'enfant** (anciennement nommé « syndrome du biberon ») lié à un facteur alimentaire, comme par exemple la prise de lait à la demande. On les retrouve sur les incisives maxillaires et les premières molaires maxillaires, les incisives mandibulaires sont en général épargnées dans les premiers stades. (Premier signe souvent au niveau du milieu des faces linguales ou vestibulaires des incisives supérieures, près du collet)

La prise en charge sera :

- Soins dentaires
- Application de vernis fluorés
- Arrêt du biberon ou du sein à la demande et/ou du grignotage, conforter les bonnes habitudes alimentaires
- Brossage biquotidien avec dentifrice fluoré (teneur adaptée en fonction de l'âge de l'enfant)
- Suivi régulier tous les 3 mois



Photo n°2

OUI sur la canine supérieure droite et l'incisive latérale droite. (cf question précédente)

PRESQUE. Il s'agit de "*leucomes précaireux*" ou "*white spots*" pour les incisives centrales, l'incisive latérale gauche et la canine gauche. Ces déminéralisations de l'émail précèdent les lésions carieuses cavitaires. Le leucome précaireux est réversible si une prise en charge prophylactique est rapidement mise en place. (Consignes d'hygiène alimentaire et buccale, fluor topique+++)



Photo n°3

NON. Il s'agit probablement d'un **DMH "*Decidious Molar Hypomineralization*"**. C'est un défaut d'hypominéralisation observé sur les deuxièmes molaires temporaires. A ce jour la piste des perturbateurs endocriniens est largement incriminée La distribution peut être asymétrique. Les dents atteintes présentent une « porosité » de surface et un degré de minéralisation moindre. Les dents peuvent être douloureuses au froid et au brossage. Autant de facteurs qui augmentent le risque carieux chez cet enfant. Une prise en charge précoce doit être mise en place (consignes d'hygiène alimentaire et buccale, contrôles chez le chirurgien-dentiste et fluor topique)

L'incisive centrale (dent n°51) présente une **dyschromie**, suite à un traumatisme. On devra s'assurer qu'elle n'est pas nécrosée afin de prévenir une complication infectieuse.



Photo n°4

NON. Il s'agit de colorations dites "**black-stains**", correspondant à un type particulier de biofilm dentaire (bactéries chromogènes anaérobies) et sont fréquemment retrouvées chez les enfants en denture temporaire ou permanente. Les black-stains sont des dépôts ferreux, formés à la suite d'une interaction chimique à la surface de la dent entre le sulfure d'hydrogène (sous l'action des bactéries anaérobies qui sont productrices d'hydrogène) et le fer contenu dans la salive (avec une alimentation saine) ou celui libéré par les hématies (en cas de gingivorragies). Elles se présentent sous forme d'une ligne noire ou d'une succession de points localisés suivant le contour de la gencive marginale, sur au moins 2 dents, et adhèrent fortement à l'émail. Les facteurs en cause restent encore méconnus. Elles contiennent un sel insoluble de fer avec une teneur élevée en calcium et en phosphore inorganique. La coloration dite Black-stain est une pathologie bénigne et n'a aucune incidence sur la vitalité de la dent. Ces taches sont inesthétiques, elles peuvent être enlevées par le chirurgien-dentiste (polissage) au cabinet dentaire.

2) Selon vous, à quel âge le premier bilan bucco-dentaire doit-il être réalisé ?

L'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) recommande de réaliser la première visite chez un dentiste ***entre l'apparition des premières dents et la première année de vie.***

Il est préférable de rencontrer le dentiste quand l'enfant n'a pas encore rencontré de problème dentaire.

Cette première visite permet au dentiste de :

- Découvrir l'historique médical de l'enfant,
- Faire un examen oral complet pour vérifier la croissance et le développement des dents et des mâchoires,
- Evaluer le risque carieux individuel
- Donner des conseils de prévention

3) Selon vous, à partir de quand doit être réalisé le brossage des dents ?

Le brossage des dents doit être débuté ***dès l'apparition des dents temporaires.*** Les mesures d'hygiène bucco-dentaire doivent être installées très tôt, tant dans un contexte de prévention de la carie dentaire que dans un souci d'éducation pour la santé du patient.

4) Combien de brossage préconisez-vous à vos jeunes patients ?

La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise pour l'ensemble de la population un brossage biquotidien des dents avec un dentifrice dont la teneur en fluor est adaptée en fonction de l'âge.

Le collège des enseignants d'odontologie pédiatrique préconise :

- De l'apparition des premières dents temporaires (vers 6mois) jusqu'à 3 ans de nettoyer celles-ci au moins une fois par jour à l'aide d'une compresse et d'une brosse à dent adaptée dès l'apparition des molaires. Le brossage doit être réalisé par un adulte.
- De 3 ans à 6 ans, un brossage au moins biquotidien doit être réalisé. Le brossage doit être réalisé par un adulte
- Après 6 ans, brossage 2 fois par jour, après chaque repas. Il doit être réalisé par l'enfant et supervisé par un adulte.

5) A partir de quel âge l'utilisation d'un dentifrice fluoré est-elle recommandée ?

Selon l'AFSSAPS l'utilisation d'un dentifrice fluoré est recommandée **dès l'apparition des premières dents temporaires (environ 6 mois)**. La quantité et la teneur en fluor doit cependant être adaptée en fonction de l'âge de l'enfant pour tenir compte du risque d'ingestion :

- De 6 mois à 3 ans : dentifrice fluoré \leq 500 ppm (trace sur la brosse à dent)
- De 3 ans à 6 ans : dentifrice fluoré = 500 ppm. (taille d'un petit pois sur la brosse à dent) *Nb : si l'enfant est capable de cracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice à 1000 ppm peut être utilisé*
- Après 6 ans : dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm

L'European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) a délivré de nouvelles recommandations sur l'utilisation du dentifrice fluoré depuis début mai 2019

Age	(ppm F)	Fréquence	Poids (g)	Taille
Premières dents à 2 ans	1000	2 fois/jour	0,125	Grain de riz
2-6 ans	1000+	2 fois/jour	0,25	Petit poids
Après 6 ans	1450	2 fois/jour	0,5-1,0	Longueur de la brosse à dent

6) Prescription de fluor en systémique chez l'enfant de moins de 6 mois :

La fluoration systémique a une fraction préventive de 24 à 95%. Elle équivaut à celle des autres topiques fluorés au niveau des dents permanentes, surtout après l'âge de 6 ans.

Son efficacité au niveau des dents temporaires est plus discutée. Sa prescription peut se faire chez les enfants de 6 mois à 2 ans à risque carieux individuel élevé, qui ne peuvent pas encore utiliser un dentifrice à 1000 ppm sous surveillance des parents.

En 2008, L'AFSSAPS a publié une mise au point sur "l'utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans".

Les recommandations ont évolué sur les points suivants :

- ***La prescription de fluor systémique (gouttes, comprimés) est désormais inutile avant l'âge de 6 mois***
- **Après l'âge de 6 mois**, l'usage systémique des fluorures doit être modulé en fonction du risque carieux de l'enfant :
 - Chez les enfants à risque carieux faible : seul le brossage des dents biquotidien avec un dentifrice fluoré avec une teneur en fluor adaptée à l'âge de l'enfant est recommandé.
 - Chez les enfants à risque carieux élevé : en complément du brossage des dents, une supplémentation médicamenteuse par voie orale peut être conseillée dès l'apparition des premières dents (vers 6 mois). Cette prescription doit toujours être précédée d'un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor, compte tenu de la diversité des apports en fluor (eau de boisson, sel) et du risque de fluorose dentaire. Chez ces enfants, des thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (verniss, gels...) peuvent être prescrites ou appliquées par un dentiste.

Posologie du fluor systémique :

- La dose à ne pas dépasser pour éviter tout risque de fluorose est de 0,05 mg/j par kg de poids corporel, tous apports confondus, sans dépasser 1 mg/j (OMS)

Afin d'éviter la survenue d'une fluorose dentaire, il faut contrôler l'administration des fluorures chez les jeunes enfants (avant 6 ans). Ceci nécessite de réaliser périodiquement un **bilan fluoré** et de restreindre l'utilisation de fluorures systémiques à une seule source.

Le **bilan des apports fluorés quantifiables** prend en compte : eau de boisson consommée, consommation de sel fluoré, de thé et poisson de mer.

Une seule source de fluorures par voie systémique doit être administrée.

- Lorsque l'eau consommée a une teneur en fluor supérieure à 0,3 mg/L, les comprimés ou gouttes fluorés ne doivent pas être prescrits. Dans ce cas, il faut proscrire l'utilisation de cette eau pour la préparation des biberons et faire consommer de l'eau embouteillée ayant une teneur en fluor inférieure ou égale à 0,3mg/L et supplémenter l'enfant.
- Lorsque la famille utilise du sel de table fluoré, les comprimés ou gouttes fluorés ne doivent pas être prescrits.

7) Facteurs alimentaires responsables de l'apparition de caries chez l'enfant ?

✓ Grignotage : OUI.

Les lésions carieuses débutent par une **déminéralisation de l'émail** dentaire quand le pH salivaire du milieu buccal passe en dessous du pH critique de 5,5. A chaque consommation de glucides, le pH buccal chute en dessous du pH critique et une attaque acide se produit. Quelques minutes après, grâce au pouvoir tampon salivaire, l'émail se reminéralise. Au cours des prises alimentaires, l'émail est donc sans cesse soumis à des phénomènes de déminéralisation-reminéralisation.

Recommandations :

- *Quatre repas par jour*
- *Eviter le comportement de grignotage*
- *Prendre si possible un goûter non sucré*
- *Ne pas boire ou manger des aliments sucrés toute la journée, mais plutôt pendant les repas*
- *Suppression de la collation de 10h le matin*

✓ Allaitement nocturne (lait maternel) : OUI.

Le régime alimentaire potentiellement cariogène débute dès la naissance avec la prise de lait maternel ou de substitut de lait maternel. Le lait maternel n'est pas cariogène en lui-même. L'allaitement nocturne dit "à la demande" peut engendrer des polycaries du jeune enfant. En effet, le nourrisson a tendance à s'endormir et à ne pas déglutir les dernières gorgées. Du lait stagne alors autour des dents, le lactose fermente et crée des acides responsables de la déminéralisation de l'émail. De plus, la salive diminue en quantité et en qualité durant le sommeil, elle ne joue plus son rôle d'auto-nettoyage des surfaces dentaires.

✓ Allaitement nocturne (lait maternisé) : OUI. Idem lait maternel.

Recommandations :

- *Encourager l'allaitement maternel qui présente de nombreux avantages. Exclusif jusqu'à 6 mois, il peut être prolongé jusqu'à 2ans, selon les recommandations de l'OMS, sous réserve de nettoyer les dents et de réduire la fréquence et la consommation des aliments sucrés (4 repas par jour)*
- *Ne pas laisser l'enfant s'endormir au sein pendant l'allaitement.*
- *A partir des 6-7mois de l'enfant (lorsque les dents temporaires font leur apparition en bouche) essayer de réguler le nombre de tétées dans la journée.*
- *A un an pas plus de 5 prises alimentaires par jour.*
- *Pas de tétées nocturnes à partir de la présence de dents temporaires sur l'arcade.*

✓ **Consommation fréquente de jus de fruits : OUI.**

✓ **Consommation de boissons « light » : OUI.**

Certains aliments à base de saccharose, comme les sodas et les jus de fruits, sont vecteurs d'acides et constituent un risque cariogène majeur ainsi qu'un facteur de risque d'érosions dentaires.

La plupart des sodas, jus de fruits et boissons « light » ont un pH compris entre 2,4 et 3,6. Les boissons « light » présentent un fort potentiel cariogène et érosif du fait de la présence d'additifs (acide phosphorique, citrique et tartrique).

Recommandations :

- *Ne pas se désaltérer avec des boissons sucrées entre les repas.*
- *Favoriser l'eau pure pendant et entre les repas.*
- *Eviter les boissons avec du sucre ajouté. Les consommer avec une paille pour éviter les contacts dentaires.*
- *Après consommation de boissons light, attendre 30 min avant de se brosser les dents pour ne pas aggraver le phénomène érosif.*

✓ **Consommation fréquente de fruits : NON.**

A condition qu'ils soient consommés au cours des repas et en association avec une bonne hygiène bucco-dentaire. S'ils sont consommés en plus des repas, ils deviennent un facteur potentiel au développement de lésions carieuses.

BIBLIOGRAPHIE

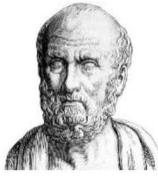
1. Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant : Du diagnostic à la prise en charge globale. 1^{re} éd. CDP (Initiatives Santé); 2015. 126 p.
2. Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health*. 7 déc 2016;16.
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé bucco-dentaire [Internet]. 2012 [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
4. Direction Générale de la Santé. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. Dossier petit enfant [Internet]. 2006 [consulté le 5 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf
5. Günay H, Dmoch-Bockhorn K, Günay Y, Geurtsen W. Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. *Clin Oral Investig*. sept 1998;2(3):137-42.
6. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies [Internet]. 2014 [consulté le 5 oct 2018]. Disponible sur: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf
7. World Health Organization (WHO). Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. Report of a meeting. 26 janv 2016; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255627/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf;jsessionid=95DF0C573EBA2C642587049FE893C22F?sequence=1>
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations [Internet]. 2010 [consulté le 5 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
9. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le guide de la nutrition de la naissance à 3 ans. La santé vient en mangeant [Internet]. 2005 [consulté le 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/890.pdf>
10. Assurance Maladie. M'T dents : des rendez-vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes [Internet]. 2019 [consulté le 26 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>

11. Ministère des solidarités et de la santé. Suivi médical de l'enfant : examens médicaux obligatoires [Internet]. 2019 [consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967>
12. Delbos Y, Bandon D, Nancy J, Sixou J-L, Druo J-P, Dorignac G, et al. Recommandations sur la prescription des fluorures de la naissance à l'adolescence. *J D'Odonto-Stomatol Pédiatrique*. 2004;11(3):24.
13. Barbet-Massin C. La carie précoce de l'enfance : le point de vue de médecins généralistes et de pédiatres d'Aquitaine – Poitou-Charentes – Limousin [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université de Bordeaux; 2016.
14. Pacorel C. Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université de Lorraine; 2015.
15. Latil M. Informations de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et les chirurgiens-dentistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
16. De Singly F. Le questionnaire. 4^e éd. Armand Colin; 2016. 128 p.
17. Démographie des professionnels de santé libéraux - Data.gouv.fr [Internet]. 2016 [consulté le 21 mai 2019]. Disponible sur: [/fr/datasets/demographie-des-professionnels-de-sante-liberaux/](https://data.gouv.fr/datasets/demographie-des-professionnels-de-sante-liberaux/)
18. Items du programme de l'ECN [Internet]. Remede.org. 2015 [consulté le 22 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/items-du-programme-de-l-ecn.html>
19. Ministère des solidarités et de la santé. Le service sanitaire : Les formations en santé au service de la prévention. 2018;16. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-03/180226%20-%20Dossier%20de%20presse%20-%20Service-sanitaire.pdf>
20. Michigan Department of Community Health (MDCH). Burden of Oral Disease in Michigan. 2013;58. Disponible sur: https://www.michigan.gov/documents/mdch/Burden_of_Oral_Health_Annual_Report_4_16501_7.pdf
21. Rabouam L. Dépistage bucco-dentaire de l'enfant de 24 mois : l'item du certificat médical est-il bien rempli par les médecins en Aveyron et en Haute Garonne ? [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.

22. Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Nouvelles recommandations : L'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. *Pratiques dentaires*. 2013 [consulté le 19 janv 2019];13. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
23. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Bébés - Enfants [Internet]. UFSBD. [consulté le 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/bebes-enfants/>
24. Lorca B. Quelles sont les connaissances actuelles des parents sur la prévention bucco-dentaire de leur(s) enfant ? [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
25. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD). Les spécialités en odontologie [Internet]. 2017 [consulté le 1 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/devenir-chirurgien-dentiste/les-specialites-en-odontologie.html>
26. Ditto MR, Jones JE, Sanders B, Weddell JA, Jackson R, Tomlin A. Pediatrician's role in children's oral health: an Indiana survey. *Clin Pediatr (Phila)*. janv 2010;49(1):12-9.
27. Horowitz AM, Kleinman DV, Child W, Radice SD, Maybury C. Perceptions of Dental Hygienists and Dentists about Preventing Early Childhood Caries: A Qualitative Study. *J Dent Hyg JDH*. août 2017;91(4):29-36.
28. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early Childhood Caries. *Int J Dent* [Internet]. 2011 [consulté le 24 mai 2019];2011. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191784/>
29. Adam C, Adriaen C, Moulin-Birraux P, Bavay-Simon C. Prévention bucco-dentaire en crèche et en centre de PMI : des actions pour les tout-petits. *Promouvoir la santé bucco-dentaire. La Santé de l'Homme*. 2012;(417):16-7.
30. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. 2008 [consulté le 31 janv 2019];19. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
31. European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*. sept 2009;10(3):129-35.
32. International federation of Dental Hygienists (IFDH). Faits sur les hygiénistes dentaires et la santé bucco-dentaire [Internet]. [consulté le 24 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ifdh.org/res-facts.html>

33. Kravitz A, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. Manual of dental practice. Council of European Dentists. 5^e éd. 2014. 420 p.
34. Coppin B. Le métier d'hygiéniste en Europe. Et pourquoi pas en France ? [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. Université du droit et de la santé Lille 2; 2017.
35. Ng MW, Fida Z. Dental Hygienist-Led Chronic Disease Management System to Control Early Childhood Caries. *J Evid-Based Dent Pract.* 2016;16 Suppl:20-33.
36. Clark MB, Slayton RL, Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics.* sept 2014;134(3):626-33.
37. Wong MC, Glenny A-M, Tsang BW, Lo EC, Worthington HV, Marinho VC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 janv 2010;(1):CD007693.
38. Balaban R, Aguiar CM, da Silva Araújo AC, Dias Filho EBR. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *Int J Paediatr Dent.* juill 2012;22(4):286-91.
39. Haute Autorité de Santé (HAS). Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
40. Carey CM. Focus on fluorides: update on the use of fluoride for the prevention of dental caries. *J Evid-Based Dent Pract.* juin 2014;14 Suppl:95-102.
41. Muller-Bolla M. Guide d'odontologie pédiatrique. La clinique par la preuve. 2^e éd. CdP; 2018. 348 p.
42. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. 2011;66. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
43. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES). Actualisation des repères du PNNS : élaboration des références nutritionnelles. 2016;196. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0103Ra-2.pdf>
44. Iida H, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Association Between Infant Breastfeeding and Early Childhood Caries in the United States. *Pediatrics.* 1 oct 2007;120(4):e944-52.
45. Association Dentaire Française (ADF). L'Odontologie Pédiatrique : Enfants de 0 à 5 ans. Fiches pratiques [Internet]. 2009 [consulté le 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/enfant-de-0-a-5-ans>

46. Feldens CA, Rodrigues PH, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *Int Dent J.* avr 2018;68(2):113-21.
47. 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.* 20 mars 2015;5(3):e006982.
48. Wong PD, Birken CS, Parkin PC, Venu I, Chen Y, Schroth RJ, et al. Total Breast-Feeding Duration and Dental Caries in Healthy Urban Children. *Acad Pediatr.* 2017;17(3):310-5.
49. Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, Mittinty MN, Demarco FF, Santos IS, et al. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics.* juill 2017;140(1).
50. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One.* 2015;10(11):e0142922.
51. Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt. Les différences sociales en matière d'alimentation; Centre d'études et de prospective. 2013;(64):4. Disponible sur: <http://agreste.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/analyse641310.pdf>
52. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med.* mai 2004;26(4):315-25.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AMIEL Laura - Niveau de connaissances de la prise en charge de la carie précoce de l'enfant : élaboration d'une enquête auprès des médecins généralistes et pédiatres de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Odontologie Pédiatrique

Résumé :

Introduction : La Carie Précoce de l'Enfance (CPE) se définit par la présence d'une ou plusieurs dents temporaires cariées, absentes (pour cause de carie), ou obturées chez l'enfant de moins de 6 ans. Elle reste l'affection chronique la plus fréquente chez les enfants. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des médecins généralistes et pédiatres traitants vis-à-vis de la CPE. **Matériel et méthode** : Un questionnaire semi-ouvert a été envoyé par mail aux pédiatres et médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Résultats** : En moyenne les médecins ont donné 2 bonnes réponses sur 4 cas portant sur l'identification d'une lésion carieuse. 4,3% connaissaient l'âge du premier bilan dentaire chez le dentiste. 85,9% préconisaient au moins 2 brossages des dents par jour. 15,2% conseillaient l'utilisation d'un dentifrice fluoré dès l'apparition des premières dents temporaires. 80% ne sont pas prescripteur de fluor systémique chez l'enfant de moins de 6 mois. 30,4% ont identifié l'allaitement maternel nocturne comme facteur cariogène. La majorité des praticiens a montré un intérêt pour une mise à niveau sur le sujet. **Conclusion** : Les médecins généralistes et pédiatres manquent de notions en santé bucco-dentaire.

Mots-clés :

Carie dentaire – Odontologie pédiatrique - Santé bucco-dentaire - Prévention – Recommandations – Pratiques professionnelles.

AMIEL Laura - Level of knowledge of early childhood caries management: development of a survey of general practitioners and pediatricians in the region of Provence-Alpes-Côte d'Azur

Abstract:

Introduction: Early Childhood Caries (ECC) is defined by the presence of one or more temporary teeth decayed, absent (due to caries), or filling in children under 6 years. It remains the most common chronic condition in children. The main objective of this study was to assess the knowledge and professional practices of general practitioners and pediatricians dealing with ECC. **Material and method**: A semi-open questionnaire was sent by email to pediatricians and general practitioners in the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. **Results**: On average, physicians gave 2 correct answers out of 4 cases involving identification of a carious lesion. 4.3% knew the age of the patients first dental check. 85.9% recommended at least 2 brushes of teeth per day. 15.2% advised the use of fluorinated toothpaste as soon as the first temporary teeth appear. 80% are not systemic fluoride prescriber in children under 6 months of age. 30.4% identified breastfeeding at nighttime as a cariogenic factor. The majority of practitioners have shown an interest in a update on the topic. **Conclusion**: General practitioners and paediatricians lack knowledge in oral health.

MeSH :

Dental carie – Pediatric dentistry - Oral health – Prevention – Recommendations – Professional practices.

Adresse de l'auteur :

12 traverse du Siphon
13012 MARSEILLE