



HAL
open science

Évaluation des connaissances des assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 5 ans

Hathami Guetari

► **To cite this version:**

Hathami Guetari. Évaluation des connaissances des assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 5 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03417189

HAL Id: dumas-03417189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03417189v1>

Submitted on 5 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2020

N°

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **Hathami GUETARI**

**ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES ASSISTANTES MATERNELLES SUR LA
SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS**

Dirigée par Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE
Co-directeur de thèse : Mme la Professeure Muriel DE LA DURE-MOLLA

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur
Mme la Professeure Muriel DE LA DURE-MOLLA	Membre Invité

UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur
Mme la Professeure Muriel DE LA DURE-MOLLA	Membre Invité

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse et en acceptant la direction de ce travail. Merci de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse, de votre disponibilité, de votre gentillesse, de votre patience ainsi que de vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse considération.

**Mme la Professeure Muriel DE LA DURE-
MOLLA**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Habilitation à Diriger des Recherches
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la co-direction de cette thèse et pour votre aide. Je vous remercie de l'intérêt de que vous avez porté à cette thèse et de la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse considération.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités Associée

*Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
1. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS : RAPPELS ET RECOMMANDATIONS.....	4
1.1. Les lésions carieuses.....	4
1.1.1. Définition	4
1.1.2. Etiologies.....	4
1.1.3. Facteurs protecteurs/facteurs favorisants	5
1.1.4. Hygiène bucco-dentaire : recommandations	6
1.2. Les traumatismes des dents temporaires et les recommandations à donner aux non professionnels de santé bucco-dentaire.....	6
1.2.1. Fractures	6
1.2.2. Traumatismes des tissus mous	9
1.2.3. Expulsion.....	11
1.3. Malocclusions.....	11
1.3.1. Chrono-physiologie de l'éruption dentaire	11
1.3.2. La succion non nutritive	14
1.3.3. Ventilation pathologique	15
1.4. Parodontopathies/ lésions de la muqueuse buccale	17
1.4.1. Gingivite.....	17
1.4.2. Parodontite	18
1.4.3. Primo-infection herpétique	19
2. LES QUESTIONNAIRES D'EVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	21
2.1. Introduction	21
2.2. Matériel et méthode	21
2.2.1. Sources d'information	21
2.2.2. Stratégie de recherche	22
2.2.3. Critères d'inclusion.....	23
2.2.4. Critères d'exclusion	23
2.2.5. Méthode d'analyse des articles	24
2.3. Résultats	25
2.3.1. Les différentes phases de la recherche bibliographique.....	25
2.3.2. Synthèse descriptive.....	25

3. ETUDE TRANSVERSALE SUR L'ETAT DES CONNAISSANCES DES ASSISTANTES MATERNELLES SUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS	43
3.1. Introduction	43
3.2. Matériels et Méthode.....	43
3.2.1. Type d'étude	43
3.2.2. Population cible	43
3.2.3. Critères d'inclusion.....	44
3.2.4. Questionnaire	44
3.2.5. Forme d'administration du questionnaire et recueil des données	45
3.2.6. Pre-test	45
3.2.7. Règle éthique	45
3.2.8. Analyse statistique	45
3.3. Résultats	46
3.3.1. Pre-test	46
3.3.2. Taux de réponse.....	46
3.3.3. Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques	46
3.3.4. Evaluation des connaissances.....	47
3.4. Discussion	56
3.5. Limite de l'étude	58
3.6. Conclusion.....	58
4. REALISATION ET DIFFUSION D'UNE BROCHURE	59
ANNEXE	61
BIBLIOGRAPHIE.....	67

INTRODUCTION

La santé dentaire du jeune enfant influe sur celle du futur adolescent et adulte, il est donc important de veiller à une bonne santé dentaire avant l'apparition des premières molaires permanentes, dents les plus atteintes à tout âge. Les dents temporaires sont non seulement importantes pour l'esthétique, mais également pour la phonétique, la mastication, l'intégrité des tissus de soutien, ainsi que pour le bien-être psychologique et mental des enfants.

La plupart du temps, les actions de prévention et de sensibilisation à la santé bucco-dentaire visent principalement les femmes enceintes, les parents ainsi que les tuteurs. Ce travail a pour but de cibler les assistantes maternelles qui représentent une population qui à notre connaissance n'a pas encore été étudiée bien qu'elles méritent une attention particulière.

Le travail d'assistante maternelle consiste à accueillir chez soi et à prendre en charge des enfants en bas âge de 0 à 5 ans durant les heures de travail de leurs parents. Selon leur statut, elles ont pour mission d'accompagner les enfants à leur charge en leur fournissant les soins et les services nécessaires, assurer leur sécurité et leur confort. Leur rôle étant aussi éducatif, elles ont pour mission de favoriser leur développement et leur éveil. Elles doivent connaître les différents stades du développement de l'enfant et doivent être en mesure de répondre au mieux à ses besoins sur le plan de la santé, affectif et social. Dans ce contexte, il nous semble important qu'elles soient en mesure de reconnaître toute atteinte de la bouche de l'enfant et de faire en sorte d'appliquer les mesures hygiéno-diététiques nécessaires pour conserver la santé orale de l'enfant.

L'objectif premier de ce travail est d'évaluer l'état des connaissances d'un groupe d'assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire de l'enfant de 0 à 5 ans à l'aide d'un auto-questionnaire élaboré à partir d'une synthèse bibliographique sur le sujet.

L'objectif secondaire est de réaliser une brochure à destination des assistantes maternelles.

1. LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS : RAPPELS ET RECOMMANDATIONS

1.1. Les lésions carieuses

1.1.1. Définition

La maladie carieuse est une maladie infectieuse d'origine bactérienne, multifactorielle, transmissible et chronique. La symptomatologie de cette maladie se traduit par une déminéralisation des tissus dentaires, une perte de substance et un processus inflammatoire pulpaire déclenché par la diffusion de produits acides du métabolisme bactérien issus de la fermentation bactérienne des glucides alimentaires au travers des canalicules dentaires (Selwitz et al. 2007). Elle se traduit alors par l'apparition d'une lésion carieuse.

1.1.2. Etiologies

D'après sa définition, la lésion carieuse est une maladie multifactorielle.

Les facteurs étiologiques de la carie ont d'abord été définis au nombre de trois par Keyes : l'hôte, les bactéries et l'alimentation (Keyes 1960) (figure 1). Cependant, un quatrième facteur doit être pris en compte : le temps (schéma de Keyes modifié par Newbrun) (figure 2). En effet, la carie n'évolue pas instantanément, il faut qu'il y ait en permanence une superposition de ces trois facteurs pour que la lésion carieuse évolue.

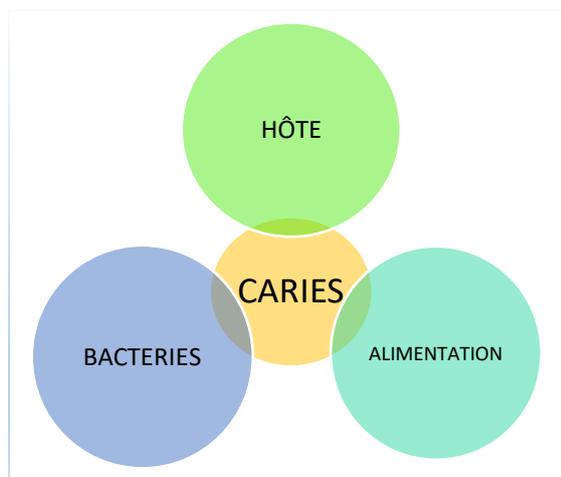


Figure 1 : Schéma de Keyes

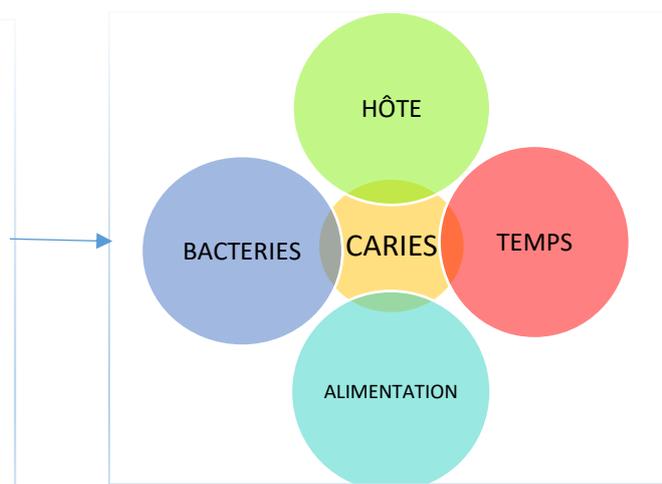


Figure 2 : Schéma de Keyes modifié par Newbrun

Les **bactéries** cariogènes colonisent les surfaces des dents (**l'hôte**) en formant un biofilm : la plaque dentaire. A partir des sucres trouvés dans **l'alimentation** de l'hôte, les bactéries vont alors créer un produit métabolique acide qui va déminéraliser la surface de l'émail et initier le développement de la lésion carieuse.

Des facteurs supplémentaires influençant la susceptibilité de l'hôte ne sont pas négligeables, tels que les facteurs locaux (salive, pH et pouvoir tampon, morphologie dentaire), génétiques, hormonaux, comportementaux (habitude d'hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire, type d'apport, fréquence de consommation) et socio-économiques (revenus, couverture maladie, statut social) (Muller Bolla et al. 2015).

1.1.3. Facteurs protecteurs/facteurs favorisants

Il existe une dynamique du processus carieux. En effet, en situation physiologique, il existe un équilibre entre minéralisation et déminéralisation (Featherstone 2008). Cet équilibre est maintenu par une balance entre les facteurs protecteurs et les facteurs favorisant la carie dentaire (figure 3). Une rupture de cet équilibre conduit à l'élaboration d'un milieu favorable au développement de lésions carieuses.

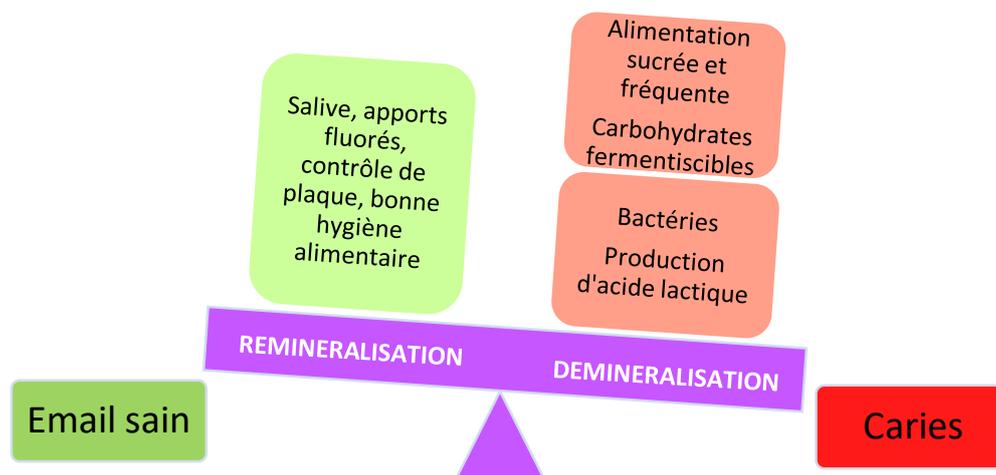


Figure 3 : Dynamique du processus carieux

1.1.4. Hygiène bucco-dentaire : recommandations

Il est recommandé :

- de se brosser les dents au minimum deux fois par jour pendant 2 minutes ;
- d'utiliser un dentifrice fluoré avec une concentration en fluor adapté à l'âge de l'enfant (un dentifrice fluoré à 500ppm pour les enfants âgés de 3 à 6 ans et à partir de 6 ans, un dentifrice entre 1000 et 1500 ppm) ;
- de réduire la fréquence des prises alimentaires entre les repas ;
- d'avoir une alimentation équilibrée en terminant son repas par un verre d'eau ;
- d'effectuer une visite de contrôle chez son dentiste au moins une fois par an.

1.2. Les traumatismes des dents temporaires et les recommandations à donner aux non professionnels de santé bucco-dentaire

Chez les enfants d'âge préscolaire, les blessures au niveau de la sphère oro-faciale représentent jusqu'à 17 % de toutes les blessures corporelles, 20 % à 30 % ont été victimes d'un traumatisme dentaire au moins une fois pendant leur vie (Glendor 2008; Andersson 2013). Avec l'apprentissage de la marche et les chutes liées à la perte d'équilibre, les traumatismes dentaires sont pratiquement inévitables chez les enfants en bas-âge. Une prise en charge adéquate est nécessaire afin de sauver le pronostic vital des dents touchées. Ceci passe bien sûr par une consultation d'urgence chez un dentiste, mais il va de soi que la réactivité, l'importance donnée par la personne aux dents temporaires et l'efficacité des gestes de premiers secours sur les lieux de l'accident augmentent significativement les chances de survie des dents ayant subi le traumatisme. Malheureusement, beaucoup n'accordent pas assez d'importance aux dents temporaires dans la mesure où elles seront remplacées par des dents définitives, elles nécessitent tout autant un examen clinique d'urgence et un suivi régulier.

1.2.1. Fractures

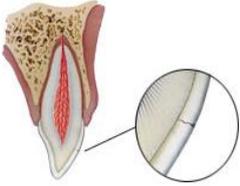
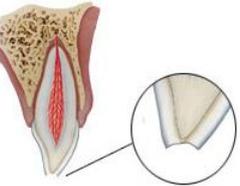
Les fractures font partie des traumatismes des tissus durs de la dent, ils peuvent concerner la couronne dentaire, la racine ou bien les deux réunies. Ces traumatismes peuvent aussi

s'accompagner de traumatismes de tissus de soutien de la dent et donc aggraver le pronostic vital de la dent.

1.2.1.1. Coronaires

Les fractures coronaires peuvent impliquer l'émail seul (fêlures et fractures) ou bien l'émail et la dentine avec ou sans exposition pulpaire. Selon la classification d'Andreasen adaptée de celle de l'OMS (1969) (Andreasen et al. 1994), on retrouve les situations suivantes :

- fêlure amélaire ;
- fracture de l'émail ;
- fracture amélo-dentinaire simple ;
- fracture amélo-dentinaire complexe avec exposition pulpaire.

1	Fêlures de l'émail	Elles sont représentées par des micro-craquelures limitées à l'émail sans perte de substance et ont un excellent pronostic. Un simple polissage peut être recommandé.	
2	Fracture de l'émail	Perte de substance limitée au tissu amélaire. Si la perte de substance est minime, un simple polissage sera réalisé, sinon le fragment récupéré devra être collé, ou bien reconstitué au composite.	
3	Fracture amélo-dentinaire sans exposition pulpaire	Perte de substance intéressant l'émail et la dentine sans atteinte pulpaire, dans ce cas, les tubulis dentinaires sont à nus, le patient présente dans la majorité des cas une hypersensibilité. Le fragment devra être recollé si possible, sinon une reconstitution par composite devra être réalisée.	
4	Fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire	Perte de substance intéressant l'émail et la dentine avec une atteinte de la chambre pulpaire. Selon le délai de consultation, la coopération du patient et le stade physiologique de la dent ; un coiffage pulpaire, une pulpotomie cervicale, une pulpectomie ou l'extraction de la dent peuvent être indiqués.	

Source : (Naulin-lfi 2016; Malmgren et al. 2017) et Image : dentaltraumaguide.org

Recommandation : Selon l'exposition ou non de la pulpe, il est conseillé de conserver le fragment coronaire expulsé dans une solution probiotique, du lait ou du sérum physiologique et de consulter le plus rapidement possible afin de protéger la zone exposée.

1.2.1.2. Corono-radulaire

Les fractures corono-radulaires intéressent l'émail, la dentine et le cément. Elles peuvent plus ou moins être complexes selon l'atteinte ou non de la pulpe. On retrouve donc selon Andreasen et al, 1994 :

- la fracture corono-radulaire sans exposition pulpaire (Image 1) ;
- la fracture corono-radulaire avec exposition pulpaire (Image 2).



Image 1 (dentaltraumaguide.org)



Image 2 (dentaltraumaguide.org)

Le traitement dépendra de l'étendue et du niveau du trait de fracture, deux traitements peuvent être envisagés (Malmgren et al. 2017) :

- si le trait de fracture ne concerne qu'un petit fragment coronaire, qu'il est superficiel et que les conditions permettent un collage, une reconstitution devra être pratiquée. En cas d'exposition pulpaire, un coiffage pulpaire, une pulpotomie cervicale ou bien une pulpectomie peuvent être indiqués.
- extraction de la dent dans tous les autres cas.

Evidemment, cela dépend du stade physiologique de la dent temporaire et de la coopération du patient.

Recommandation : Consulter le plus rapidement possible

1.2.1.3. Radiculaire

La fracture radiculaire peut se situer au niveau apical, moyen ou plus coronaire. Le fragment coronaire peut être mobile ou déplacé. La conduite à tenir dépend ou non du déplacement du fragment (Malmgren et al. 2017) :



- le fragment est déplacé : un repositionnement du fragment suivi d'une contention peuvent être envisagés. Si le repositionnement est impossible, l'extraction du fragment est indiquée, le fragment apical se résorbera seul avec le temps.
- le fragment n'a pas subi de déplacement, aucun traitement n'est indiqué, à surveiller.

Recommandation : Consulter le plus rapidement possible.

1.2.2. Traumatismes des tissus mous

Les traumatismes des tissus mous concernent les tissus de soutien de la dent. Ils peuvent plus ou moins être accompagnés de traumatismes des tissus durs.

1.2.2.1. Concussion/subluxation

1	Concussion	Traumatisme mineur, la dent est sensible au toucher, sans déplacement ni mobilité. Aucun traitement n'est indiqué, un suivi doit être mis en place.	 <small>Image : dentaltraumaguide.org</small>
2	Subluxation	Traumatisme léger des tissus parodontaux provoquant une faible mobilité sans déplacement de la dent dans son alvéole. On peut observer un saignement au niveau du sulcus.	
<p>Abstention thérapeutique et suivi sont indiqués. Il est recommandé d'utiliser une brosse à dent à poil souple, une alimentation molle et un nettoyage à l'aide d'une compresse imbibée de chlorhexidine si présence de saignement.</p>			

Source : (Naulin-lfi 2016; Malmgren et al. 2017) et Image : dentaltraumaguide.org

Recommandation : Même si le traumatisme semble mineur, une consultation chez un dentiste est recommandée afin d'écartier toute suspicion d'atteinte traumatique plus importante mais cachée.

1.2.2.2. Extrusion

L'extrusion se traduit par un déplacement partiel de la dent dans son alvéole. La dent paraît plus longue et peut être excessivement mobile. La conduite à tenir est basée sur le degré de déplacement, la mobilité, le stade physiologique de la dent et le niveau de coopération du patient. Si l'extrusion est minime (<3mm) : un repositionnement doux et une contention sont indiqués, sinon la dent est à extraire, (Malmgren et al. 2017).



Image : dentaltraumaguide.org

1.2.2.3. Luxation latérale

Déplacement de la dent en palatin/ lingual ou vestibulaire accompagné très souvent d'une fracture osseuse alvéolaire, la dent est immobile, bloquée dans sa nouvelle position. Selon le déplacement de la dent, de la présence ou non d'interférences occlusales ; plusieurs traitements peuvent être envisagés :



Image : dentaltraumaguide.org

- si le déplacement est sévère et lingual : extraction.
- si le déplacement est en vestibulaire, en absence d'interférences occlusales, s'abstenir. S'il y a de légères interférences, une retouche occlusale par meulage est indiquée ; sinon, il faudra repositionner la dent par pression digitale douce et poser une contention.

1.2.2.4. Impaction

Déplacement de la dent dans l'os vestibulaire ou vers le germe, la dent apparaît cliniquement plus courte :

- si le déplacement de la dent est léger et en vestibulaire, la dent peut se repositionner spontanément avec le temps.
- si l'intrusion est en linguale en direction du germe, la conduite à tenir est l'extraction.



Image : dentaltraumaguide.org

Recommandation : En cas d'intrusion, d'extrusion et de luxation latérale, il ne faut pas toucher la dent et consulter le plus rapidement possible.

1.2.3. Expulsion

Déplacement total de la dent hors de son alvéole. Si la dent est retrouvée sur le lieu de l'accident, vérifier son intégralité ; sinon, il faudra écarter l'hypothèse d'une impaction totale à l'aide d'une radiographie. Aucun traitement n'est indiqué, la prise en charge nécessaire post-traumatique est similaire à une dent ayant subi une extraction, c'est-à-dire une prescription d'un antalgique et la pose d'un mainteneur d'espace.

Recommandation : Ne jamais réimplanter une dent temporaire, il faut essayer de trouver la dent expulsée et la ramener chez un dentiste pour observation clinique.

1.3. Malocclusions

1.3.1. Chrono-physiologie de l'éruption dentaire

L'éruption dentaire est définie comme le déplacement d'une dent depuis son site de développement dans les processus alvéolaires maxillaires jusqu'à sa position fonctionnelle dans la cavité buccale. La formation et l'éruption d'une dent en bouche passent par plusieurs stades, (Marks et Schroeder 1996) :

1	Phase pré-éruptive	Début de calcification, la couronne est formée lors de cette phase. Au cours du développement de la couronne, de petits mouvements aléatoires prééruptifs de la dent au sein de l'os alvéolaire ont été décrits, cependant les mouvements sont locaux et ne vont pas dans le sens de l'éruption.
2	Phase d'éruption intra-osseuse	Cette phase débute avec la formation de la racine. Elle est caractérisée par un déplacement de la dent à travers l'alvéole grâce à une résorption osseuse et une apposition osseuse de part et d'autre du follicule dentaire en direction axiale et ceci de manière coordonnée.
3	Phase de pénétration muqueuse	La pénétration de la muqueuse se fait en principe lorsque la croissance radiculaire atteint en moyenne les trois-quarts de la longueur radiculaire définitive. Lorsqu'une dent en éruption se rapproche de l'épithélium de surface, il se produit un épaissement et une transformation de l'épithélium de l'émail puis une fusion avec l'épithélium oral. Ces processus sont accomplis par la prolifération de l'épithélium externe de l'émail et grâce à une activité protéolytique locale.
4	Période pré-occlusale	La dent continue son éruption jusqu'au plan occlusal. La vitesse d'éruption lors de cette phase est la plus importante, de l'ordre de un à deux millimètres par mois (Berkovitz 1990). Le déplacement des dents vers le plan occlusal est assuré par l'allongement de la racine, la formation osseuse au niveau apical et au niveau des septa inter-radiculaires. (Choukroune 2017)

5	Phase fonctionnelle post- occlusale	Cette dernière phase maintient la position de la dent en occlusion tandis que les mâchoires continuent de se développer et compensent l'usure des dents occlusales et proximales. Une consolidation du support parodontal de la dent et l'achèvement de la formation des racines sont observés. Des mouvements mineurs de la dent peuvent être présents pour compenser l'usure, l'attrition et la croissance de la mâchoire dans le but de maintenir les dents temporaires fonctionnelles en occlusion. (Chu et Yeung 2014)
----------	--	---

En moyenne, l'éruption des dents temporaires débute vers 6 mois ½ avec les incisives centrales inférieures et se termine autour de 30 mois avec les secondes molaires maxillaires.

La séquence d'éruption des dents temporaires est en règle générale assez constante. La séquence suit dans l'ordre, les incisives centrales, les incisives latérales, les premières molaires, les canines et les secondes molaires. Habituellement, les dents mandibulaires arrivent en bouche avant les dents maxillaires. Cette denture de 20 dents sera fonctionnelle pendant 4 ans, jusqu'à l'arrivée de la première dent permanente (Bassigny 1991).

	Début de calcification	Formation complète à	Eruption		Exfoliation	
			Maxillaire	Mandibulaire	Maxillaire	Mandibulaire
Incisives centrales	4 ^{ème} mois in utéro	18-24 mois	6-10 mois	5-8 mois	7-8 ans	6-7 ans
Incisives latérales	4 ^{ème} mois in utéro	18-24 mois	8-12 mois	7-10 mois	8-9 ans	7-8 ans
Canines	4 ^{ème} mois in utéro	30-39 mois	16-20 mois	16-20 mois	11-12 ans	9-11 ans
1^{ère} molaire	4 ^{ème} mois in utéro	24-30 mois	11-18 mois	11-18 mois	9-11 ans	10-12 ans
2^{ème} molaire	4 ^{ème} mois in utéro	36 mois	20-30 mois	20-30 mois	9-12 ans	11-13 ans

Tableau 1 : temps d'éruption des dents temporaires (Logan et Kronfeld 1933)

1.3.2. La succion non nutritive

La succion est un instinct naturel et constitue la première activité musculaire coordonnée du nourrisson. Il existe deux types de succion chez l'enfant :

- la succion nutritive, tels que l'allaitement au sein et le biberon destinés à nourrir les enfants ;
- la succion non nutritive tels que sucer le pouce, sucer une tétine, ou un autre objet, souvent utilisés pour calmer et apporter une sensation de réconfort et de sécurité aux enfants.

L'allaitement au sein permet de stimuler une activité musculaire intense au niveau de la cavité buccale, cette action répétitive augmente le tonus musculaire et favorise un développement correct, assurant ainsi une fonction buccale correcte. Cependant la succion non nutritive produit différents stimuli au niveau de la région buccale (Ling et al. 2018). La durée prolongée de ces comportements au-delà de l'âge de trois ou quatre ans, peut avoir des conséquences négatives sur le développement de la sphère oro-faciale et de l'occlusion (Warren et al. 2000; Silva et Manton 2014a).

En effet, l'interposition du pouce ou de la tétine entre la langue et les incisives maxillaires ainsi que le palais, exerce des forces de contact permanentes sur les procès alvéolaires. Du fait de la plasticité alvéolaire, une déformation des processus alvéolaires et un déplacement des dents sont alors observés. Il peut en résulter une béance antérieure, un surplomb, un inversé d'articulé postérieur, une vestibulo-version des incisives maxillaire et dans les cas les plus sévères une linguo-version des incisives mandibulaires (Viggiano 2004; Leighton 2007; Heimer et al. 2008; Pavanlakshmi GP 2014) .



Image 3 : Enfant présentant un inversé d'articulé postérieur (A), une béance antérieure (B) dû à l'utilisation quotidienne d'une tétine (Warren et Bishara 2002).



Image 4 : Enfant présentant un surplomb, une béance antérieure et un plan terminal à marche distale dû à une succion du pouce quotidienne (Warren et Bishara 2002).

L'enfant entretient alors une déglutition de type infantile où la langue reste en position basse l'empêchant de jouer son rôle au niveau du palais afin de stimuler son expansion transversale et donc la croissance maxillaire dans le sens transversal.

Cependant, il a été démontré que l'arrêt des habitudes de succion non nutritives lors de la phase de denture temporaire stable, permettrait d'avoir une certaine régression des déformations acquises (Leighton 2007; Heimer et al. 2008). Bien que la cessation des habitudes de succion non nutritive doit être encouragée vers trois ou quatre ans, au-delà de l'âge de 5 ans et avec la constitution de la denture mixte stable, une autocorrection spontanée est peu probable (Silva et Manton 2014a).

1.3.3. Ventilation pathologique

La ventilation physiologique doit se faire exclusivement par le nez au repos. A partir du moment où cette ventilation se fait par la bouche, elle devient pathologique.

La respiration buccale peut avoir une étiologie multifactorielle, elle peut résulter (Harari et al. 2010) :

- d'une obstruction anatomique telle qu'une hypertrophie des tissus lymphoïdes (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales) ;
- d'une malformation acquise ou congénitale (déviation de la cloison nasale, atrésie du maxillaire) ;
- de pathologies infectieuses ou allergiques (rhinite/sinusite infectieuse chronique, polypes naso-sinusiens d'origine allergique) ;

- d'apnées obstructives du sommeil (possible conséquences des trois causes citées ci-dessus) ;
- ou indirectement par de mauvaises habitudes acquises telle que la succion non nutritive.

Selon la théorie de la matrice fonctionnelle de Moss, la respiration nasale permet une croissance et un développement correct du complexe cranio-facial et dento-facial. La respiration buccale chronique, quant à elle, va maintenir la cavité buccale en position ouverte, une inoclusion labiale, une position abaissée de la mandibule, une position basse de la langue, une hypotonie labiale et même une réduction générale de la tonicité musculaire de la région oro-faciale (Basheer et al. 2014; Silva et Manton 2014b).

Les enfants peuvent alors présenter un faciès de type adénoïdien (image 5) caractérisé par un visage allongé, des cernes, une inoclusion labiale, des lèvres gercées, une contraction de la houppe du menton, des narines étroites. Plus cliniquement, on observe une béance antérieure, du fait de la position basse de la langue, un hypo-développement du maxillaire, une étroitesse du palais, une diminution de la croissance du ramus, une rétrognathie mandibulaire, une position céphalique en extension (Harari et al. 2010; Bruwier et Limme 2016).



Image 5 : Faciès adénoïdien (Bruwier et Limme 2016)



Image 6 : Etroitesse du palais, béance et inversé d'articulé chez des enfants entretenant une ventilation buccale (Bruwier et Limme 2016)

Selon la cause de la ventilation pathologique, des traitements multidisciplinaires peuvent être envisagés (Silva et Manton 2014b; Bruwier et Limme 2016) :

- chirurgie ORL afin de retirer les végétations adénoïdes, amygdalectomie ;
- traitements orthodontiques : disjoncteur maxillaire rapide provoquant une disjonction de la suture médio-palatine ;
- exercice de rééducation afin de restaurer une ventilation nasale optimale ;
- masque respiratoire à pression positive continue pour les syndromes d'apnées du sommeil sévères.

1.4. Parodontopathies/ lésions de la muqueuse buccale

1.4.1. Gingivite

La gingivite est une inflammation des gencives sans atteinte du parodonte profond (sans perte d'attache ni de perte osseuse). Cliniquement, la gencive est plus rouge, œdématiée et lisse (elle a perdu son aspect granité en « peau d'orange »).

La prévalence, l'incidence et la sévérité de la gingivite augmentent avec l'âge. La prévalence de la gingivite est de 1,8 % à 10,3 % chez les enfants de 2 ans. Elle augmente légèrement à l'âge de 3 ans puis augmente rapidement vers l'âge de 4 ans et fluctue autour de 5 et 6 ans allant de 18,5 % à 74,0 % (Mackler et Crawford 1973).

Pour une même quantité de plaque, la gingivite chez l'enfant est moins sévère que chez un adulte (Brochery et al. 2014). Aussi, il a été démontré une faible tendance chez les enfants à développer une gingivite contrairement aux adultes qui la développent plus rapidement (Matsson 1978).



Image 7 : Gingivite liée à la plaque (Pari et al. 2014)

D'après la classification d'Armitage, la gingivite peut être liée ou non à la plaque, accompagnée ou non de facteurs locaux favorisant l'accumulation de la plaque (Armitage 1999).

Chez l'enfant, l'éruption dentaire, l'exfoliation des dents temporaires, le bourrage alimentaire, les appareillages orthodontiques et la respiration buccale peuvent favoriser l'accumulation de plaque et donc la gingivite (Brochery et al. 2014).

Cette inflammation est réversible lorsque traitée, une reprise des habitudes d'hygiène bucco-dentaire quotidiennes suffit à rétablir une santé parodontale.

1.4.2. Parodontite

Si la gingivite n'est pas traitée, elle peut évoluer en parodontite. Elle est caractérisée par une inflammation du parodonte, entraînant une destruction des tissus de soutien de la dent. Contrairement à la gingivite, la parodontite est associée à une perte d'attache et une perte osseuse. Elle peut être traitée mais les conséquences de cette maladie sur les tissus de soutien sont irréversibles.

La prévalence de la parodontite est très rare chez les enfants, allant de 0,2 à 0,5 %. Elle se développe d'avantage chez les jeunes entre 12 et 17 ans, mais sa prévalence reste néanmoins inférieure à celle des adultes (American Academy of Pediatric Dentistry 2017).

Armitage a décrit plusieurs formes de parodontites (Armitage 1999) :

- la parodontite chronique ;
- la parodontite agressive ;
- parodontite en tant que manifestations de maladies systémiques.

Les formes qui sont rencontrées chez les enfants, mais qui restent tout de même rares, sont la parodontite agressive et les parodontites en tant que manifestation de maladies systémiques. La parodontite chronique est surtout décrite chez les adultes (American Academy of Pediatric Dentistry 2017).

La parodontite agressive, localisée ou généralisée, est caractérisée par une perte d'attache et une destruction osseuse rapide, elle a une composante familiale et touche les patients cliniquement sains. Le traitement consiste en un débridement mécanique non chirurgical (détartrage, surfaçage radiculaire) associé ou non à un débridement chirurgical suivi d'une antibiothérapie systémique (Oh et al. 2002; Merchant et al. 2014).



Image 8 : Radiographie d'une 73 d'un enfant de 3 ans atteint d'une parodontite agressive localisée (Mass et al. 2018)

La parodontite en tant que manifestation d'une maladie systémique chez les enfants est une maladie rare qui débute souvent entre le moment de l'éruption des dents primaires et l'âge de quatre ou cinq ans. Elles incluent le syndrome de Papillon-Lefèvre, le syndrome de Chediak-Higashi, l'hypophosphatasie, les neutropénies, les leucémies, le syndrome de Downs, le syndrome de déficience de l'adhérence des leucocytes. Son traitement est similaire à celui de la parodontite agressive (Oh et al. 2002).



Image 9 : Parodontite en tant que manifestation d'une neutropénie chez un enfant de 2 ans (Hajishengallis et al. 2016)

1.4.3. Primo-infection herpétique

La primo-infection herpétique buccale, ou gingivostomatite herpétique, se manifeste dans 90 % des cas après un premier contact infectant avec le virus HSV1 (Herpes Simplex Virus).

Elle survient chez les enfants d'âge supérieur à 6 mois jusqu'à environ 6 ans, après que les anticorps maternels aient disparu (Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF) 2012; Goldman 2016). Très rare chez les adultes, elle est le plus souvent asymptomatique et touche 25 à 35 % des enfants (Amir et al. 1999).

Elle est contagieuse et se transmet par contact direct muqueux ou cutanéomuqueux, la période d'incubation est en moyenne de 4 jours (allant de 2 à 14 jours) (Amir 2001).

Cliniquement, les patients atteints de gingivostomatite herpétique présentent des lésions buccales douloureuses atteignant les muqueuses buccales. Elle est caractérisée par des gencives enflammées pouvant saigner spontanément, l'apparition de vésicules intra et extra-orales qui en se rompant, s'ulcèrent. Ces signes cliniques peuvent durer jusqu'à 12 jours et sont la cause principale d'une déshydratation et d'une malnutrition. La plupart des enfants présentent une fièvre supérieure à 38°C, une hyper salivation ainsi que des adénopathies cervicales et sous mandibulaires (Amir 2001; Naulin-Ifi 2011).



Image 10 : Enfant atteint d'une primo-infection hépétique
(Image : dentistryiq.com et auteur : Stacey L. Simmons, DDS)

Le traitement est symptomatique, il repose sur l'atténuation de la douleur par la prise d'antalgiques (de palier 1 ou 2 selon l'intensité de la douleur), la consommation d'aliments froids et liquides, l'application locale d'un gel anesthésique sur les lésions, et la prise d'un antiviral : l'Acyclovir pendant 7 jours. L'acyclovir est surtout efficace dans les 3 premiers jours suivant la contamination (Naulin-Ifi 2011; Goldman 2016). Ces lésions guérissent en 10 à 15 jours (Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF, 2012).

2. LES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1. Introduction

L'évaluation des connaissances concernant la santé bucco-dentaire des enfants est un sujet largement étudié dans le monde entier. Il permet d'établir un constat à un moment donné afin d'adapter un message de prévention dans un second temps. Elle se fait à l'aide de questionnaires qui peuvent être administrés sous différentes formes : format papier, format électronique ou par un entretien oral direct.

L'objectif de notre recherche bibliographique est de réaliser une synthèse sur les différents types de questionnaires retrouvés dans la littérature permettant d'évaluer les connaissances de personnes non-dentistes sur la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 5 ans. Au vu de la diversité des questionnaires retrouvés dans la littérature, cette recherche bibliographique a donc eu pour finalité, l'élaboration d'un questionnaire basé sur les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire et sur la santé bucco-dentaire, à savoir la chrono-physiologie de l'éruption dentaire, les malocclusions, la carie, les traumatismes ainsi que les pathologies du parodonte et de la muqueuse buccale.

Dans un second temps, nous relèverons les résultats des différentes études réalisées.

2.2. Matériel et méthode

2.2.1. Sources d'information

Plusieurs bases de données ont été consultées afin d'effectuer la recherche bibliographique : Pubmed, puis DOSS (Dentistry & Oral Sciences Source) et Google Scholar.

Les articles inclus non accessibles en ligne, dont les références ont été enregistrées, ont ensuite été recherchés à la bibliothèque d'odontologie Garancière.

2.2.2. Stratégie de recherche

Les mots clés utilisés afin d'effectuer notre recherche étaient principalement « évaluation des connaissances », « santé bucco-dentaire », « enfants », « assistantes maternelles » ou « nourrice ». Très peu de résultats en langue française ont été générés.

Ainsi, dans un premier temps, nous avons effectué la recherche à l'aide des MeSH Terms :

- savoir : « Knowledge » ;
- santé buccodentaire : « Oral health » ;
- enfant d'âge préscolaire : « Child, preschool » ;
- crèches : « nurseries » ;
- garde d'enfant : « child custody » .

Les articles trouvés concernaient essentiellement les parents et les mères, et très peu les assistantes maternelles.

La difficulté rencontrée à cette étape était en lien avec les MeSH Terms concernant le terme « assistante maternelle » en effet, il existe plusieurs traductions en anglais pour ce terme. Ainsi, dans un deuxième temps, notre recherche a été élargie avec l'utilisation d'autres mots-clés, tels que « guardians », « caretakers », « caregivers », « nannies », « child custody »/« day care centre », « early child care centre ». Puis à partir des articles trouvés, nous avons fait une recherche dans la liste des articles similaires proposés sur Pubmed.

Cela a permis de générer un panel de plusieurs études présentant un intérêt pour l'évaluation des connaissances concernant à la fois les mères, les deux parents et les assistantes maternelles. Le questionnaire proposé dans ce travail a été élaboré à partir de ces différentes études.

Les questions relatives aux connaissances sur les traumatismes ont fait l'objet d'une recherche bibliographique supplémentaire à l'aide des MeSH Terms :

- traumatisme dentaire « tooth injuries » ;
- enfant : « Child » ;
- savoir : « knowledge ».

La majorité des études concernant les traumatismes utilisait des questionnaires portant sur les deux types de dentition : temporaire et permanente. Les questions choisies ont donc été adaptées à la tranche d'âge 0-5 ans.

2.2.3. Critères d'inclusion

Afin d'être inclus, les articles recherchés doivent répondre à un certain nombre de critères :

- articles dont le questionnaire cible les enfants âgés entre 0 et 5 ans ;
- articles dont le questionnaire évalue les différents aspects liés à la santé bucco-dentaire ;
- articles parus dans les dix dernières années ;
- articles en français ou anglais ;
- population d'enfants présumés sains.

2.2.4. Critères d'exclusion

Sont exclus tous les articles ne répondant pas aux critères d'inclusion cités ci-dessus :

- articles n'utilisant pas de questionnaires ;
- articles dont le questionnaire cible des adultes ;
- articles antérieurs à 2010 ;
- articles rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais ;
- population d'enfants présentant un problème de santé ;
- thèses et mémoires.

2.2.5. Méthode d'analyse des articles

Une fois les articles sélectionnés, une fiche de lecture (figure 4) a été rédigée pour chaque étude sous forme d'un tableau regroupant plusieurs éléments :

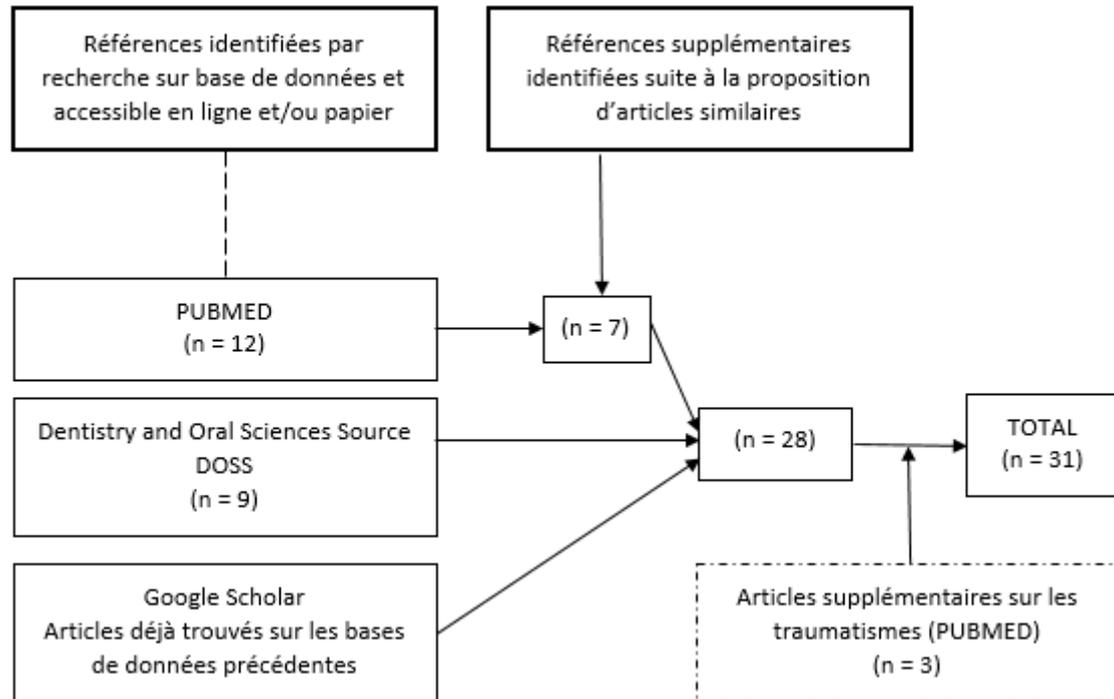
- auteur, année, lieu de l'étude ;
- titre de l'article ;
- objectif de l'étude ;
- caractéristique de l'échantillon : population cible, taille, critère d'inclusion ;
- mode d'administration du questionnaire ;
- format du questionnaire ;
- moyen d'évaluation des connaissances ;
- résultat ;
- questionnaire complet si disponible.

TITRE :		
AUTEUR / ANNEE / LIEU :		
OBJECTIF :		
METHODES	Population cible	
	Taille échantillon	
	Critère d'inclusion	
	Mode d'administration du questionnaire	
	Format du questionnaire	
	Moyen d'évaluation des connaissances	
RESULTAT		

Figure 4 : modèle de fiche de lecture

2.3. Résultats

2.3.1. Les différentes phases de la recherche bibliographique



2.3.2. Synthèse descriptive

2.3.2.1. Les questionnaires

2.3.2.1.1. Format/type des questionnaires

D'une étude à l'autre, les questionnaires fournis étaient plus ou moins semblables dans leur forme. Ils comprenaient tous une partie recensant les données sociodémographiques et socioéconomiques des participants et une deuxième partie réservée aux questions évaluant les connaissances sur la santé bucco-dentaire des enfants. Selon les auteurs, la deuxième partie des questionnaires a été élaborée différemment.

On retrouve alors deux grands types de questionnaires :

- Questionnaires strictement élaborés sur la base de l'outil d'enquête « CAP ». Cet outil d'enquête évalue trois points : le niveau de connaissances, les attitudes motivant les

comportements et les pratiques préventives et de prise en charge des populations cibles (Essi et Njoya 2013) (Tableau 1) :

- onze auteurs ont divisé leur questionnaire en 3 catégories distinctes connaissances, attitudes et pratiques ;
 - un auteur l'a divisé en seulement deux catégories : connaissances et pratiques ;
 - deux auteurs l'ont divisé en deux autres catégories : connaissances et attitudes.
- Questionnaires portant sur différents domaines de la santé bucco-dentaire, divisé ou non en plusieurs catégories tels que « les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaires », « l'alimentation », « facteurs de risque de la carie dentaire », « prévention de la carie dentaire » (tableau 2).
- En plus d'évaluer les connaissances, certains auteurs ont inséré dans leur questionnaire des questions relevant des pratiques et/ou attitude, s'inspirant alors indirectement du modèle « CAP ».

2.3.2.1.2. Mode d'administration des questionnaires

Concernant leur mode de transmission, les questionnaires étaient :

- soit auto-administrés par l'enquêteur : 17 études ;
- soit envoyés par mail : 2 études ;
- soit divulgués via un entretien oral direct : 6 études.

Trois études ont choisi les deux options concomitantes ; l'auto-administration et l'envoi du questionnaire par voie électronique.

2.3.2.1.3. Types de questions

La majorité des études ont utilisé des questions à réponses fermées :

- soit dichotomiques « oui/non », « vrai/faux » ;
- soit à choix multiples.

Parmi les questions à choix multiples :

- 8 études ont présenté des questions utilisant une échelle de Likert allant de 3 à 5 options de réponses :
 - « souvent », « parfois », « jamais » ;
 - « toujours » « souvent », « parfois », « jamais » ;
 - « d'accord », « je ne sais pas », « pas d'accord »;
 - « tout à fait d'accord », « d'accord », « je ne sais pas », « pas d'accord », « pas du tout d'accord ».
- Les autres études ont présenté pour chaque question, plusieurs propositions de réponses différentes.

Seulement 2 études ont inséré dans leur questionnaire des questions à réponses ouvertes.

2.3.2.1.4. Moyen d'évaluation des résultats

Afin de présenter les résultats de leurs études, la quasi-totalité des auteurs a choisi de les présenter sous forme de pourcentage/proportion.

Certains auteurs ont aussi présenté leur résultat sous forme de « score ». A chacune des questions, il est attribué un certain barème de notation. Les participants se voient attribuer un score pour la totalité du questionnaire et/ou pour chacune des catégories du questionnaire. Cela permet à l'auteur dans un second temps, de calculer une moyenne et ainsi de juger du niveau de connaissance des sujets de l'étude.

2.3.2.2. Les populations cibles

Quatre types de populations se démarquent :

- les mères : (Suresh et al. 2010; Jain et al. 2014; Chia et al. 2015; Thomas et al. 2015a; Sehrawat et al. 2016; Heaton et al. 2017; Mahmoud et al. 2017; Randhawa et al. 2017; Alkhtib et Morawala 2018; Azimi et al. 2018; Chala et al. 2018; S Dhull et al. 2018; Dagon et al. 2019; Venus et al. 2019) ;

- les parents : (ElKarmi et al. 2015; Alyahya 2016; Quaranta et al. 2016; Wapniarska et al. 2016; Dinea et Domnariu 2017; Mahat et Bowen 2017; Ganji et al. 2018; Kotha et al. 2018; Świątkowska et al. 2018; Kumar et al. 2019) ;
- les assistantes maternelles privées ou publics dans des crèches, et directeurs de crèches : (Mani et al. 2010; Vinay et al. 2011a; Nagarajappa et al. 2013; Wilson et al. 2016; Alkhubaizi et al. 2018; Bhoopathi et al. 2018) ;
- les professeurs d'école : (Young et al. 2012).

Au total, quatorze articles dont le questionnaire interrogeait des mères ont été sélectionnés, dix articles concernaient les parents, six concernaient les assistantes maternelles, et un, les professeurs d'école (pour les traumatismes).

2.3.2.3. Synthèse des résultats

Sur les trente articles sélectionnés :

- 10 études (Chia et al. 2015; Pacorel et al. 2016; Heaton et al. 2017; Mahmoud et al. 2017; Randhawa et al. 2017; Alkhtib et Morawala 2018; Alkhubaizi et al. 2018; Azimi et al. 2018; Kotha et al. 2018; Kumar et al. 2019) ont décrit un résultat positif soit un niveau de connaissance des participants de l'étude adéquat ;
- 10 études (Vinay et al. 2011b; Jain et al. 2014; ElKarmi et al. 2015; Thomas et al. 2015b; Alyahya 2016; Wapniarska et al. 2016; Dinea et Domnariu 2017; Chala et al. 2018; S Dhull et al. 2018; Dagon et al. 2019) ont présenté un niveau de connaissance insuffisant ;
- 9 études (Mani et al. 2010; Suresh et al. 2010; Nagarajappa et al. 2013; Sehwat et al. 2016; Mahat et Bowen 2017; Bhoopathi et al. 2018; Ganji et al. 2018; Hadjipanayis et al. 2018; Venus et al. 2019) ont présenté un résultat mitigé. Par exemple, les participants de 3 études (Mani et al. 2010; Nagarajappa et al. 2013; Venus et al. 2019) ont démontré un taux de bonnes réponses élevé concernant la partie connaissance, mais un résultat insuffisant concernant les attitudes et pratiques ;
- 1 étude (Wilson et al. 2016) n'a pas explicitement renseigné le résultat de son analyse descriptive.

En plus de l'analyse descriptive, pour la plupart des articles, les auteurs ont cherché à mesurer l'association entre le niveau de connaissance de la population interrogée avec les données sociodémographiques et socioéconomiques tels que l'âge, le niveau d'éducation, le statut professionnel et les revenus sociaux. Toutes les études ont démontré une association significative entre un bon niveau de connaissances et des données sociodémographiques et socioéconomiques avantageuses (revenus élevés, niveau d'éducation élevé, maturité) à l'exception d'une seule (Sehrawat et al. 2016) où les pratiques des mères ayant un emploi étaient plus mauvaises que les femmes au foyer, peut-être par manque de temps.

Aussi, certaines études ont cherché à savoir si le nombre de grossesse ou d'enfant à charge influençait le niveau de connaissance en matière de santé bucco-dentaire des enfants (Chia et al. 2015; Wapniarska et al. 2016; Alkhubaizi et al. 2018; Kotha et al. 2018).

Tableau 1 : tableau récapitulatif des questionnaires strictement basés sur le modèle CAP

Auteur, année, lieu	Population et taille d'échantillon	Mode d'administration du questionnaire	Format du questionnaire	Moyen d'évaluation des réponses	Résultats
(Mani et al. 2010), Malaisie	Assistants maternelles (34)	Auto-administré	<ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - 29 QCM dont : <ul style="list-style-type: none"> • 10 QCM Connaissances (vrai/faux/je ne sais pas) • 10 QCM Pratiques (toujours, souvent, parfois, jamais) : échelle de Likert en 4 points • 9 QCM Attitudes (D'accord/je ne sais pas/ pas d'accord) échelle de Likert en 3 points Durée estimée du questionnaire 20 min	Pourcentage	Malgré le fait que les participants aient conscience des facteurs de risque de la carie dentaire, ils semblaient incapables d'appliquer les bonnes mesures de prévention à leurs pratiques quotidiennes.
(Vinay et al. 2011b), Inde	Assistants maternelles (246)	Auto-administré	<ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - 38 QCM dont : <ul style="list-style-type: none"> • 15 QCM Connaissances (vrai/faux/je ne sais pas) • 15 QCM Pratiques (souvent, parfois, jamais) • 8 QCM Attitudes (tout à fait d'accord/ d'accord/ je ne sais pas/ pas d'accord/ pas du tout d'accord) échelle de Likert en 5 points Durée estimée du questionnaire 25 min	Pourcentage	Les résultats de cette étude indiquent que l'attitude des assistantes maternelles vis-à-vis des besoins en matière de santé bucco-dentaire est loin d'être adaptée.

(Nagarajappa et al. 2013), Inde	Assistantes maternelles (110)	Auto-administré	<ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - 28 QCM dont : <ul style="list-style-type: none"> • 10 QCM Connaissances (vrai/faux/je ne sais pas) • 10 QCM Pratiques (toujours, souvent, parfois, jamais) échelle de Likert en 4 points • 8 QCM Attitudes (D'accord/je ne sais pas/ pas d'accord) échelle de Likert en 3 points 	Pourcentage	Les participants à l'étude ont montré un bon niveau de connaissances sur les facteurs favorisant la santé bucco-dentaire, mais leur attitude et leur pratique ne reflétaient pas la même chose.
(Jain et al. 2014)	Mères (420)	Entretien oral	<p>Divisé en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - 29 QCM dont : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (10 QCM) • Attitudes (6 QCM) • Pratiques (9 QCM) • 4 QCM sur des généralités 	<p>Pourcentage et score</p> <p>Connaissances et pratiques : Bon score > 7 score correct 4-6 mauvais score < 3</p> <p>Attitudes : Bon score > 5 score correct 3-4 mauvais score < 2</p>	Cette étude montre que les mères ont un niveau de connaissances et d'attitudes insuffisants à l'égard de la santé bucco-dentaire des enfants.
(Thomas et al. 2015b), Inde	Mères (300)	Auto-administré	<p>Divisé en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partie 1 : Données sociodémographiques et socioéconomiques ainsi que le nombre de grossesse. - Partie 2 : 19 QCM dont <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (14 QCM) • Attitudes (3 QCM) • Pratiques d'hygiène orale (2 QCM) 	<p>Pourcentage et</p> <p>Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p> <p>Bon score > 13 Score correct 8-13 Mauvais score < 8</p>	Le score global a révélé que la majorité des femmes enceintes avait des connaissances et une attitude médiocre à l'égard de la santé bucco-dentaire du nourrisson et suivaient de mauvaises pratiques d'hygiène bucco-dentaire.

(Sehrawat et al. 2016), Inde	Mères (589)	Auto-administré	<p>23 QCM divisées en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques individuelles sociodémographiques et socioéconomiques. - 23 QCM en matière de santé bucco-dentaire des enfants liés aux : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (9 QCM), • Attitudes (6 QCM) • Pratiques (8 QCM) 	<p>Pourcentage</p> <p>et</p> <p>Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p> <p>Connaissances et pratiques: Bon score > 5 Score correct 3-5 Mauvais score < 3</p> <p>Attitudes : Bon score > 4 Score correct 3-4 Mauvais score < 3</p>	<p>Il a été constaté que 45,10 % des mères avaient de mauvaises connaissances, 29,1 % avaient un mauvais comportement et 12,5 % avaient des mauvaises pratiques alors qu'environ 30 % ont fait preuve de bonnes connaissances, 22,8 % d'un bon comportement et seulement 29,6 % de bonnes pratiques.</p>
(Mahmoud et al. 2017), Emirats arabes unis	Mères (383)	Auto-administré	<p>Questionnaire en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques tels que l'âge, le sexe de l'enfant, le niveau d'éducation de la mère et sa profession. - 21 QCM : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (10 QCM), • Attitudes (5 QCM) (D'accord/je ne sais pas/ pas d'accord) échelle de Likert en 3 points • Pratiques (6 QCM) 	<p>Pourcentage</p> <p>et</p> <p>Score</p> <p>Score de 1 pour une bonne réponse et score de 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>Des connaissances adéquates ont été trouvées chez 58,2 % des mères, 99 % ont fait preuve d'une excellente attitude et seulement 20 % ont suivi les bonnes pratiques (hygiène) en matière de santé bucco-dentaire de leurs enfants.</p>

(Chala et al. 2018), Maroc	Mères (502)	Entretien oral	<p>Questionnaire divisé en 3 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Evaluation de l'état de santé général de la mère et de l'enfant (bonne santé globale / maladie chronique) - Partie 3 : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (10 QCM) • Attitudes (6 questions fermées et ouvertes) • Pratiques (nombre non mentionnée : questions fermées et ouvertes) 	<p>Pourcentage Et Score</p> <p>Connaissances : score 1 pour une bonne réponse et score 0 pour une mauvaise réponse</p> <p>Attitudes et pratiques : score de 1 pour une bonne attitude ou pratique et 0 pour une mauvaise</p>	<p>Les résultats de la présente étude ont indiqué un faible niveau de connaissances d'attitudes et de pratiques.</p>
(S Dhull et al. 2018), Inde	Mères (185)	Auto-administré	<p>Le questionnaire utilisé dans cette étude est divisé en deux parties.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - 9 QCM liés aux : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (2 QCM), • Attitudes (4 QCM) • Pratiques (3 QCM) 	<p>Pourcentage</p>	<p>Le niveau de connaissances général et d'attitudes des mères envers la santé bucco-dentaire de leurs enfants s'est avéré faible.</p>

(Ganji et al. 2018), Arabie Saoudite	Parents (238)	Auto-administré	<p>Le questionnaire utilisé dans cette étude est divisé en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - 30 QCM liés aux : <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances (10 QCM), (Oui/non/ je ne sais pas) • Attitudes (10 QCM) • Pratiques préventives en lien avec la carie de la petite enfance (10 QCM) <p>Echelle de Likert en 5 points pour attitudes et pratiques (tout à fait d'accord/ d'accord/ je ne sais pas/ pas d'accord/ pas du tout d'accord)</p>	Pourcentage	Les parents n'ont pas un niveau de connaissances adéquat vis-à-vis du sujet de la carie de la petite enfance mais avaient une bonne attitude et de bonnes pratiques en matière de prévention.
--------------------------------------	---------------	-----------------	--	-------------	---

CONNAISSANCES ET PRATIQUES					
(Alkhubaizi et al. 2018), Koweït	Parents et assistantes maternelles (300)	Entretien oral	<p>46 QCM divisés en 3 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques (10 QCM). - Pratiques (5 QCM). - Connaissances (31 QCM). 	Pourcentage et score (allant de 0 à 5 pour les pratiques et de 0 à 55 pour les connaissances)	Les résultats de cette étude ont indiqué que les parents et les nourrices avaient un bon niveau de connaissances général sur la santé bucco-dentaire des enfants, sans différence significative détectée entre les deux groupes. Une différence significative a toutefois été détectée dans les scores de pratiques rapportés. Les parents avaient de meilleurs scores de pratiques comparés aux nourrices.

CONNAISSANCES ET ATTITUDES					
(Azimi et al. 2018), Australie	Mères (154)	Auto-administré	<p>QCM divisé en 3 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Connaissances (8 QCM). - Attitudes à avoir devant une maladie bucco-dentaire (6 QCM). <p>Echelle de Likert en 5 points pour connaissances et attitudes (tout à fait d'accord/ d'accord/ je ne sais pas/ pas d'accord/ pas du tout d'accord)</p>	<p>Score pour connaissances allant de 8 à 40</p> <p>Score pour attitudes allant de 6 à 30</p>	Le score moyen des connaissances était de 31,5 et celui des attitudes : 24,5.
(Bhoopathi et al. 2018), Etats-Unis	Directeurs de crèches (998)	Voie électronique	<p>Questionnaire à réponses fermées divisé en 4 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Connaissances (3 QCM). - Attitudes (4 QCM). - Liste de 9 possibles difficultés auto-perçus pour la mise en œuvre de mesures d'hygiène bucco-dentaire dans les crèches. <p>Echelle de Likert en 5 points pour les attitudes (tout à fait d'accord/ d'accord/ je ne sais pas/ pas d'accord/ pas du tout d'accord)</p>	<p>Pourcentage et score</p> <p>Connaissances : score de 1 pour une bonne réponse et de 0 pour une mauvaise réponse</p> <p>Attitudes : score de 0 à 5 par question</p> <p>Difficulté auto-perçue : score de 0 à 9</p>	En moyenne, les participants ont répondu correctement à une seule question sur trois, ce qui est insuffisant, cependant ils laissent montrer des attitudes positives à l'égard de la santé bucco-dentaire des enfants.

Tableau 2 : Questionnaires divisés en plusieurs points de santé bucco-dentaire

Auteur, année, lieu	Population et taille d'échantillon	Mode d'administration du questionnaire	Format du questionnaire	Moyen d'évaluation des réponses	Résultats
(Suresh et al. 2010), Inde	Mères (406)	Auto-administré	<p>20 QCM divisés en 3 catégories évaluant les connaissances liées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux habitudes alimentaires. - Aux habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire. - A l'importance donnée aux dents temporaires. <p>Les mères étaient invitées à répondre aux questions sur les connaissances en indiquant «tout à fait d'accord», «plutôt d'accord» «pas d'accord» ou «pas du tout d'accord» (échelle de Likert modifiée)</p>	<p>Pourcentage et Score de 3 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>73,9 % des mères avaient de bonnes connaissances concernant l'alimentation et les bonnes habitudes nutritionnelles à avoir.</p> <p>Les connaissances concernant les habitudes d'hygiène buccale, comprenant le brossage, le partage des ustensiles (cuillère) et les connaissances sur le fluor n'étaient pas satisfaisantes.</p>
(Chia et al. 2015), Nouvelle Zélande	Mères (641)	Auto administré ou par voie électronique	<p>37 QCM divisés en 5 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques (11 QCM). - Histoire dentaire de l'enfant (4 QCM). - Etat des connaissances en général (12 QCM). - Prévention des caries (8 QCM). - Perception par rapport à l'accès et au coût financier des soins (2 QCM). 	<p>Pourcentage</p>	<p>65,1 % des participants ont répondu correctement aux 20 questions générales sur les connaissances dentaires et sur les mesures préventives à avoir. Dans l'ensemble, les chercheurs ont estimé que le niveau de connaissances était acceptable.</p>

(ElKarmi et al. 2015), Irlande	Parents (114)	Auto-administré	<p>20 questions à réponses fermées et questions ouvertes à réponses courtes divisées en 4 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Niveau de connaissances global (6 QCM) - Si le comportement des parents était conforme aux recommandations des bonnes pratiques d'hygiène dentaire (7 QCM). - Questions supplémentaires portant sur le motif de la première visite chez le dentiste, le comportement des parents après que leur enfant ait subi un traumatisme dentaire et si les informations mis à disposition des parents étaient suffisantes ou non. 	<p>Pourcentage et Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>Les connaissances des parents en matière de santé bucco-dentaire des enfants en bas âge ne se sont pas améliorées malgré les campagnes d'éducation menées ces 10 dernières années.</p>
(Alyahya 2016), Koweït	Parents (236)	Auto-administré	<p>17 QCM divisés en 4 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques (4 QCM). - Hygiène bucco-dentaire (3 QCM) - Habitudes alimentaires (5 QCM dont 2 évaluant des pratiques) - Santé bucco-dentaire en général (5 QCM dont 2 évaluant des pratiques) 	<p>Pourcentage et Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>Dans l'ensemble le niveau de connaissances des parents semblait insuffisant.</p>

<p>(Wapniarska et al. 2016), Pologne</p>	<p>Parents (146)</p>	<p>Auto-administré et questionnaire accessible en ligne</p>	<p>31 QCM (dont une liste de 10 QCM a été utilisée pour l'analyse de leur étude) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment évaluez-vous vos connaissances en matière de santé bucco-dentaire chez les jeunes enfants? - Avez-vous déjà entendu parler de « la carie de la petite enfance»? - A partir de quand devrions-nous commencer à prendre soin de l'hygiène bucco-dentaire d'un enfant? - A quel âge arrivent les premières dents de lait ? - Combien de dent de lait un enfant a-t-il ? - A quel âge arrive la première dent permanente ? - Votre enfant se brosse t'il les dents tout seul ? - A quel moment un enfant doit-il commencer à utiliser un dentifrice fluoré ? - A quel âge la première visite chez un dentiste ? - Une carie sur dent de lait peut-elle avoir des répercussions sur les dents permanentes ? 	<p>Pourcentage</p>	<p>Les connaissances des hommes en matière de prévention et d'hygiène buccale chez les enfants est bien inférieur à celui des femmes de manière générale. Les femmes ou hommes ayant déjà des enfants ont de meilleures connaissances que les femmes et les hommes célibataires, cependant, encore insuffisantes.</p>
<p>(Wilson et al. 2016), Etats-Unis</p>	<p>Assistantes maternelles (992)</p>	<p>Voie électronique</p>	<p>190 questions à réponses fermées (choix multiples ou dichotomique) réparties en 5 grandes parties, évaluant les connaissances, et les comportements en matière de santé bucco-dentaire.</p>	<p>Pourcentage et score</p>	<p>Il a été constaté que le niveau de connaissances des assistantes maternelles était associé de manière significative au niveau d'éducation, au revenu social et aux habitudes d'hygiène bucco-dentaire.</p>

(Dinea et Domnariu 2017), Roumanie	Parents (75)	Auto-administré	<p>20 QCM divisés en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Liste de QCM (vrai/faux/je ne sais pas) évaluant des connaissances globales en matière de santé bucco-dentaire. 	<p>Pourcentage et Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>Les réponses des parents aux différentes questions ont montré que les items « faux » et « je ne sais pas » représentaient le pourcentage cumulatif le plus élevé laissant paraître un niveau de connaissances faible.</p>
(Heaton et al. 2017), Etats-Unis	Mères (53)	Auto-administré	<p>42 questions à réponses fermées à choix dichotomique en 3 parties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 questions « vrai/faux » sur les connaissances et les croyances en matière de santé bucco-dentaire. - 10 questions « oui/non » liées aux comportements/habitudes en relation avec la carie de la petite enfance, - 7 questions « oui/non » sur les possibles difficultés d'accès aux soins de santé bucco-dentaire rencontrées. 	<p>Pourcentage et Score de 1 pour une bonne réponse et 0 pour une mauvaise réponse</p>	<p>Les participants ont montré un niveau élevé de connaissances sur la santé bucco-dentaire. En moyenne 88 % des mères ont répondu correctement aux questions.</p>
(Mahat et Bowen 2017), Etats-Unis	Parents (87)	Auto-administré	<p>Questionnaire divisé en 2 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - 17 QCM évaluant les connaissances des parents sur les facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire des enfants (avec comme choix de réponses : d'accord, pas d'accord, je ne sais pas) 	<p>Pourcentage et score score de 0 pour je ne sais pas et une mauvaise réponse, score de 1 pour une bonne réponse.</p>	<p>Les scores de connaissances allant de 7 à 17, les chercheurs ont trouvé une moyenne de 11,94 (écart-type = 2,51), ce qui démontre un niveau de connaissances moyen.</p>

(Randhawa et al. 2017), Inde	Mères (100)	Entretien oral	Liste de 15 QCM, (vrai, faux ou je ne sais pas), évaluant les connaissances sur la santé bucco-dentaire en général.	Pourcentage	Niveau de connaissances global adéquat selon les auteurs.
(Alkhtib et Morawala 2018), Qatar	Mères (316)	Auto-administré	38 QCM réparties en 9 catégories, abordant différents aspects des connaissances et des pratiques liées à la santé bucco-dentaire de la petite enfance.	Pourcentage	Les résultats du questionnaire ont montré que le niveau de connaissances des mères en matière de santé bucco-dentaire est correct.
(Kotha et al. 2018), Arabie Saoudite	Parents (1245)	Entretien oral	26 QCM évaluant les connaissances sur : <ul style="list-style-type: none"> - La santé bucco-dentaire (14 QCM oui/non/ peut être) - L'alimentation (5 QCM toujours/parfois/rarement), - L'Hygiène bucco-dentaire (7 QCM) 	Pourcentage et score de 1 pour « non et rarement » score de 2 pour « peut-être et parfois » score de 3 pour « oui et toujours »	Le score moyen obtenu est égale à 34.8/42 ce qui témoigne d'un niveau de connaissances satisfaisant. Le niveau de connaissances des mères est légèrement supérieur à celui des pères.
(Dagon et al. 2019), Israël	Mères (285)	Auto-administré ou par voie électronique	Divisé en 3 parties : <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques. - Evaluation des connaissances sur la santé bucco-dentaire (11 QCM). - Liste de 6 aliments à ordonner selon leur potentiel cariogène. 	Pourcentage	Les résultats de cette étude ont démontré que les mères avaient des lacunes importantes concernant les problèmes et causes affectant la santé buccale de leurs enfants.
(Kumar et al. 2019), Inde	Parents (500)	Entretien oral	Liste de 20 QCM regroupant : <ul style="list-style-type: none"> - Les données sociodémographiques et socioéconomiques, - Des questions évaluant les connaissances sur l'importance des dents de lait, les possibles conséquences de la carie des dents de lait sur les dents permanentes, la première visite chez le dentiste, la fréquence de brossage dentaire, l'hygiène bucco-dentaire en général, le type de dentifrice utilisé, les effets de l'administration prolongé d'un biberon de lait. 	Pourcentage	Les résultats de cette recherche exploratoire ont montré que l'échantillon sélectionné avait un bon niveau de connaissances et était conscient de l'importance des dents temporaires.

(Venus et al. 2019), Pakistan	Mères (148)	Auto-administré	20 QCM : Oui/non/je ne sais pas. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire divisé en trois catégories: - Hygiène bucco-dentaire - Techniques de brossage - Facteurs causales de la carie dentaire.	Pourcentage	Cette étude décrit un bon niveau de connaissances mais des attitudes et des pratiques négatives des mères en matière d'hygiène buccale.
-------------------------------	-------------	-----------------	---	-------------	---

Tableau 3 : articles supplémentaires relatifs aux traumatismes

Auteur, année, lieu	Population et taille d'échantillon	Mode d'administration du questionnaire	Format du questionnaire	Moyen d'évaluation des réponses	Résultats
(Young et al. 2012), Chine	Professeurs d'écoles (462)	Voie électronique	14 questions à réponses fermées (dichotomique ou choix multiple) en 2 parties : - Données sociodémographiques et socioéconomiques, formation ou non aux gestes de premiers secours, connaissances générales sur le sujet. - Questions sur la gestion des traumatismes	Pourcentage et Score de 0 pour je ne sais pas, 1 pour une bonne réponse et -1 pour une mauvaise réponse	Les résultats ont montré un niveau de connaissances général insuffisant.
(Quaranta et al. 2016), Italie	Parents (2373)	Auto-administré	Questions à réponses fermées réparties en 3 parties : 1. Caractéristiques individuelles 2. Âge de l'enfant et niveau de classe 3. Evaluation des connaissances, expériences passées et comportements liés aux traumatismes dentaires	Pourcentage	La connaissance des bonnes pratiques et de la gestion des traumatismes dentaires, en particulier des dents temporaires, fait largement défaut dans la population en général.

(Świątkowska et al. 2018), Pologne	Parents (741)	Auto-administré	<p>28 QCM divisés en 4 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques et socioéconomiques - Cas de fracture ou expulsion - Connaissances liées aux possibles complications post-traumatiques - Motivation ou non à acquérir des connaissances supplémentaires sur les traumatismes. 	Pourcentage	En conclusion, la recherche montre que les connaissances des parents en matière de premiers soins d'urgence concernant les traumatismes sont insuffisantes.
---------------------------------------	---------------	-----------------	---	-------------	---

3. ÉTUDE TRANSVERSALE SUR L'ÉTAT DES CONNAISSANCES DES ASSISTANTES MATERNELLES SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS

3.1. Introduction

Aujourd'hui, les femmes étant en majorité actives d'un point de vue professionnel, différentes structures d'accueil de la petite enfance ont été développées, telles que les crèches municipales ou les assistantes maternelles privées. Par conséquent, les enfants passent la majorité de la semaine au sein de ces structures. Le rôle de ces nourrices est donc important, comme celui des parents, en matière d'éducation, d'hygiène générale, de développement physique et intellectuel. Concernant la petite enfance, les messages de prévention ciblent majoritairement les femmes enceintes et les parents, cette étude s'intéresse à une population très peu étudiée, celles des assistantes maternelles.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances d'un groupe d'assistantes maternelles en matière de santé bucco-dentaire des enfants âgés de 0 à 5 ans. L'objectif secondaire est de réaliser une brochure d'information pouvant répondre aux principales lacunes et donc aux besoins mis en évidence dans l'étude.

3.2. Matériels et Méthode

3.2.1. Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive transversale a été réalisée durant le mois de septembre 2019.

3.2.2. Population cible

Cette étude cible les assistantes maternelles agréées de la ville du Chesnay (78150) et de Versailles (78000). 12 assistantes maternelles de la ville du Chesnay (association AAMIAC) et 72 assistantes maternelles de la ville de Versailles ont participé (association RAM Versailles).

3.2.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- assistantes maternelles agréées ;
- assistantes maternelles ayant au moins un an d'expérience dans la garde d'enfant ;
- bonne santé générale et en capacité de répondre au questionnaire.

3.2.4. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de la synthèse bibliographique préalablement présentée et s'appuie notamment sur un certain nombre d'article : Mani et al. 2010; Young et al. 2012; Alyahya 2016; Sehwat et al. 2016; Dagon et al. 2019. Les questions qui ont été sélectionnées ont ensuite été traduites de l'anglais en français.

Le modèle choisi pour cette étude est un questionnaire portant sur différents domaines de la santé bucco-dentaire divisé en plusieurs parties, tout en intégrant le concept de l'outil d'enquête « CAP » :

- une première partie recensant les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques individuelles de chaque participant → 6 questions ;
- une deuxième partie sur les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire → 8 questions ;
- une troisième partie sur l'état de santé bucco-dentaire en général, portant sur différents aspects ;
 - la chrono-physiologie de l'éruption dentaire et les malocclusions (5 questions) ;
 - les caries (6 questions) ;
 - les traumatismes dentaires (7 questions) ;
 - les pathologies du parodonte et de la muqueuse buccale (3 questions).

Ce questionnaire comprend 35 questions à choix multiples et à réponses fermées. Ont été intégrées dans ce questionnaire : 20 questions évaluant des connaissances, 8 questions évaluant les pratiques et 1 question évaluant les attitudes (annexe).

3.2.5. Forme d'administration du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été auto-administré sous forme d'un livret papier lors d'une réunion des assistantes maternelles.

Les assistantes maternelles ayant accepté de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement ont ensuite rempli le questionnaire et ont été invitées à répondre de façon individuelle et anonyme, sans aucune aide extérieure.

A la fin de la séance et après avoir récupéré la totalité des questionnaires, les réponses aux questions ont été communiquées puis des recommandations et des conseils d'hygiène liés à la santé bucco-dentaire ont été échangés à l'oral.

3.2.6. Pre-test

Le questionnaire a été auto-administré et pre-testé sur 11 parents ayant des enfants correspondant à la tranche d'âge de l'étude afin d'évaluer la compréhensibilité des questions.

3.2.7. Règle éthique

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

Une présentation de l'étude, son objectif, les modalités afin de remplir le questionnaire et le formulaire de consentement éclairé étaient exposés au début du livret papier (annexe).

3.2.8. Analyse statistique

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2013. L'analyse statistique des caractéristiques de la population de l'étude et des résultats aux questions destinées aux assistantes maternelles, s'est faite sur un mode descriptif.

3.3. Résultats

3.3.1. Pre-test

Le pre-test a permis d'apporter des précisions à certains termes cliniques tels que « éruption » et « traumatisme » et la proposition de réponse « je ne sais pas » a été ajoutée à chaque question. Le temps moyen pour répondre au questionnaire était de 10-15 minutes.

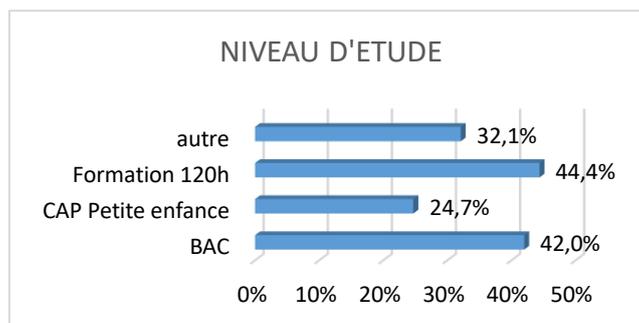
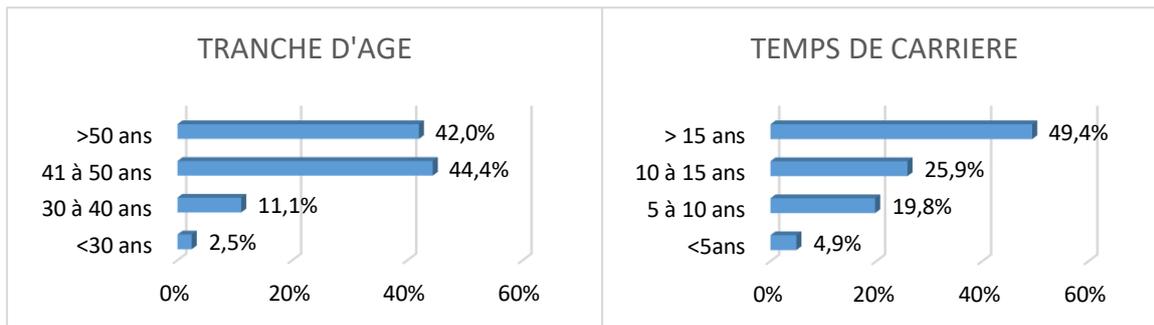
3.3.2. Taux de réponse

84 sur 93 questionnaires ont été récupérés, 3 questionnaires avec un taux de non-réponses élevé ont été exclus de l'étude car inexploitable.

Au total, 81 questionnaires ont été analysés, correspondant à un taux de réponse de 87 %. Les résultats des questions sont illustrés à l'aide de diagrammes en pourcentage. Sous chaque diagramme, il est indiqué le nombre total de réponses (sur les 81 participants). La mention « NSP » réfère à « je ne sais pas ».

3.3.3. Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

Tous les participants étaient des femmes, la majorité a entre 41 et 50 ans (44,4 %). Un temps de carrière supérieur à 15 ans a été observé chez presque la moitié des assistantes maternelles (49,4 %). Concernant le niveau d'étude des participantes, l'échantillon est très diversifié : 42 % ont obtenu le baccalauréat, 24,7 % ont effectué le CAP petite enfance et 44,4 % ont suivi une formation de 120 heures délivrée par le conseil départemental pour obtenir le droit d'exercer. La catégorie « autre » regroupe des diplômés de brevet de technicien supérieur (BTS), brevet d'études supérieures (BEP) ou d'autres spécialisations après un BAC général.



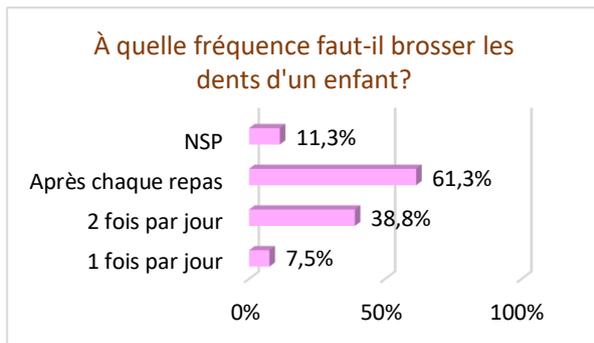
3.3.4. Evaluation des connaissances

3.3.4.1. Habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire

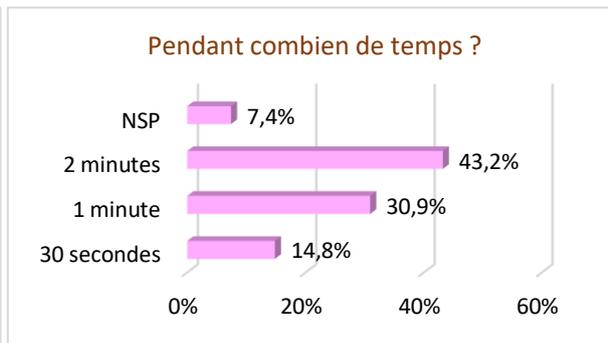
61,3 % des assistantes maternelles sont conscientes de la fréquence à laquelle il faut brosser les dents d'un enfant, cependant 11,3 % n'en ont aucune idée. Pour le temps de brossage, 43,2 % ont répondu pendant deux minutes et 30,9 % ont répondu une minute. Plus de trois-quarts (76,5 %) déposeraient une quantité de dentifrice équivalente à celle d'un petit pois sur la brosse à dent d'un enfant comme recommandé.

Concernant le rôle du fluor, 75,3 % des participantes affirment qu'il empêche la carie dentaire ; 16 % pensent qu'il donne de la fraîcheur. Cependant 63,8 % ne savent pas quelle quantité de fluor en ppm doit contenir un dentifrice pour enfant.

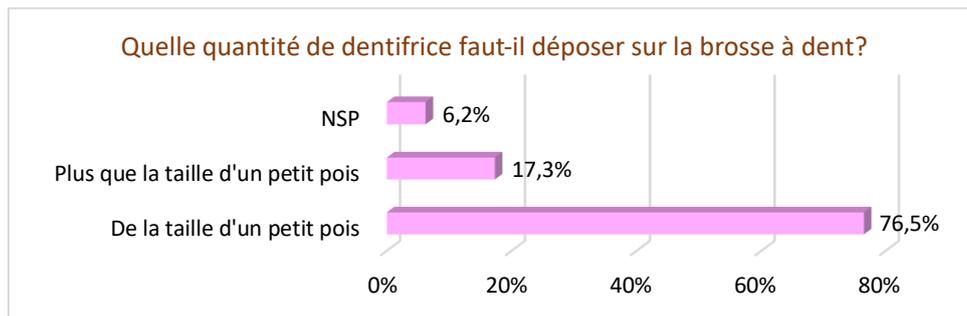
Des mesures d'hygiène buccale telles que le rinçage de la bouche des enfants à l'eau après chaque repas sont mises en pratique par 92,6 % des sujets, soit presque la totalité. 77,8 % donnent les aliments sucrés lors des repas, seulement 3,7 % entre les repas. En revanche, 75 % ne brossent pas les dents des enfants après les repas.



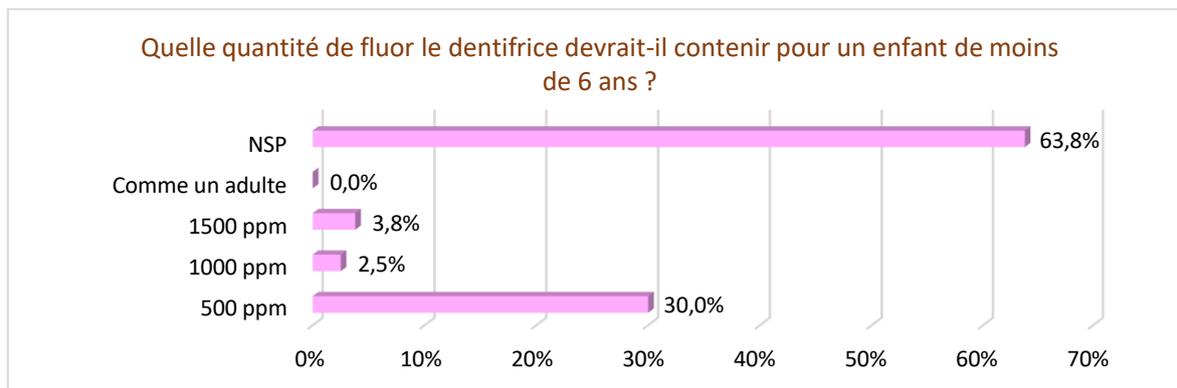
Total : 80 réponses



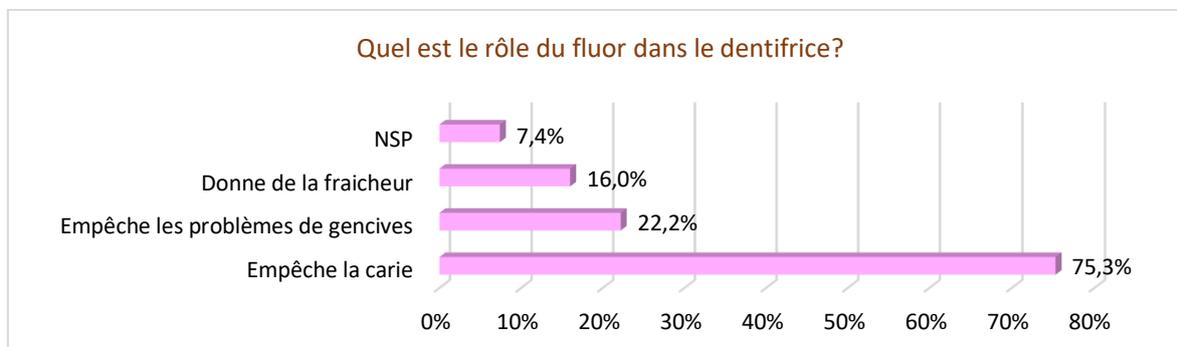
Total : 81 réponses



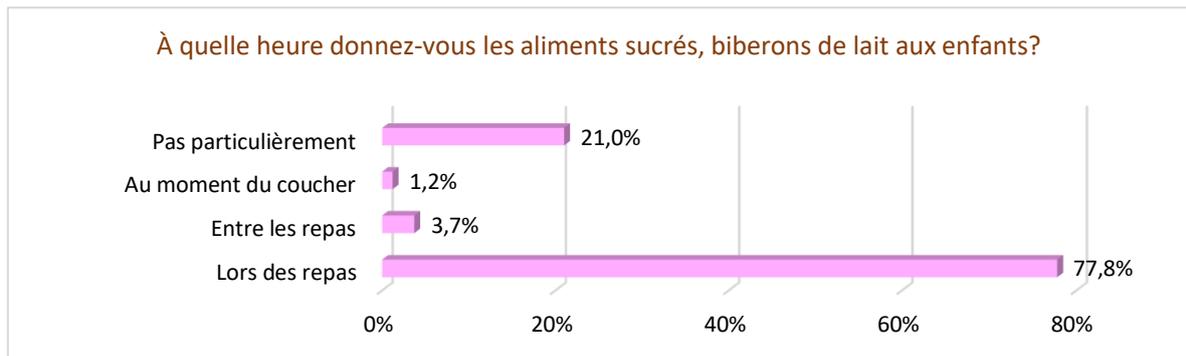
Total : 81 réponses



Total : 80 réponses



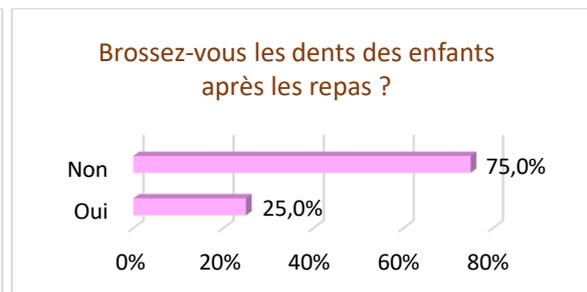
Total : 81 réponses



Total : 81 réponses



Total : 81 réponses



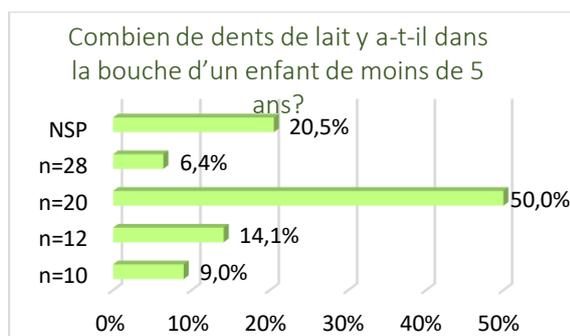
Total : 76 réponses

3.3.4.2. Etat de santé bucco-dentaire

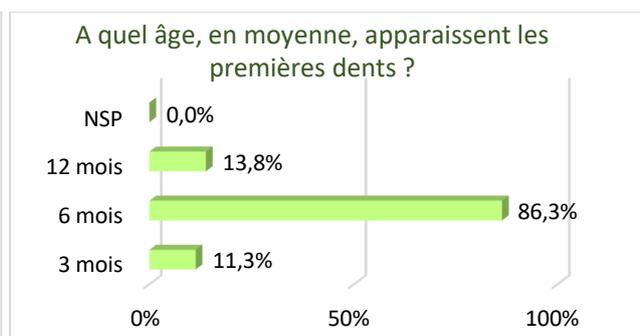
3.3.4.2.1. Eruption dentaire/ malocclusions

La moitié des participantes (50 %) a su définir le nombre de dents temporaires chez un enfant, 86 % confirmaient l'âge d'éruption de la première dent à 6 mois et 90,1 % ont répondu que l'éruption dentaire était en général accompagnée de fièvre.

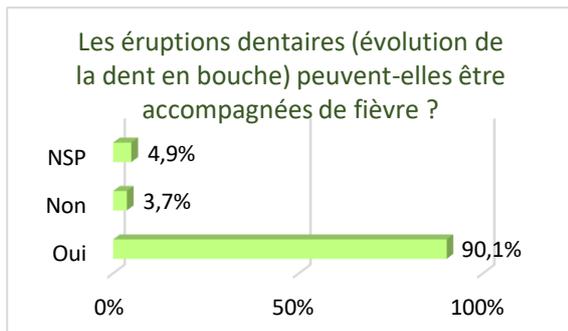
Bien que la majorité des assistantes maternelles connaisse les effets de la tétine (82,5 %) ainsi que la succion du pouce (92,5 %) sur les dents, 97,5 % ne savent pas qu'une ventilation buccale chez un enfant peut causer des modifications de l'occlusion dentaire.



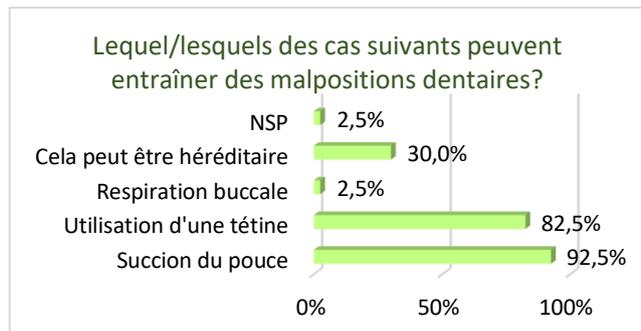
Total : 78 réponses



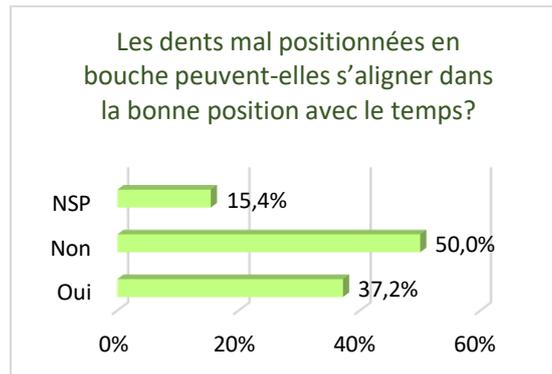
Total : 80 réponses



Total : 81 réponses



Total : 80 réponses



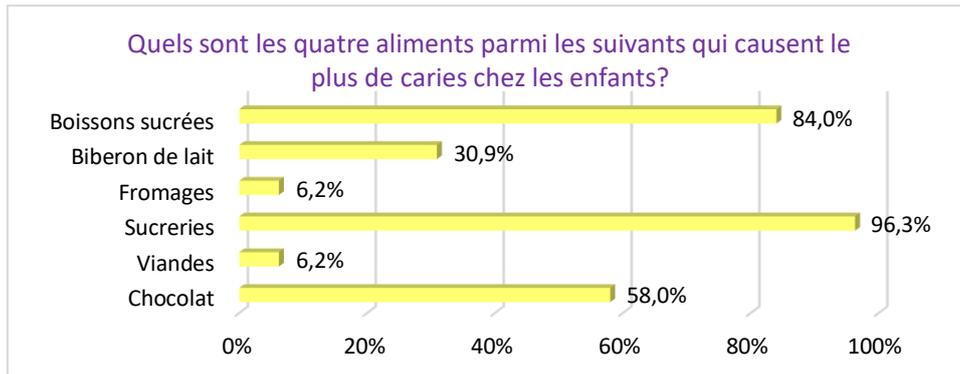
Total : 78 réponses

3.3.4.2.2. Caries

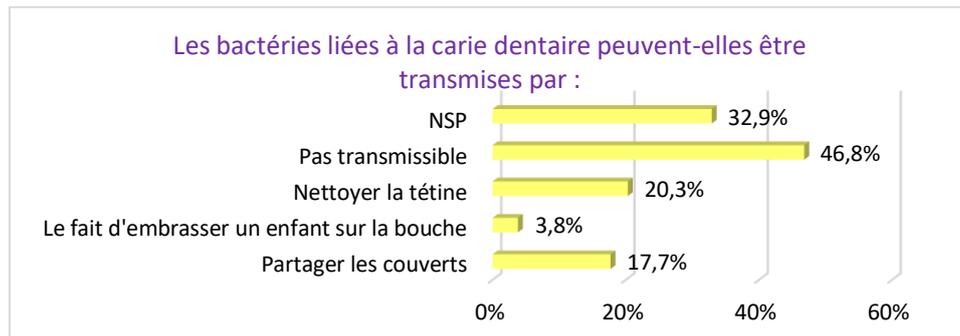
Dans cette partie, les assistantes maternelles étaient invitées à choisir parmi une liste d'aliments, les quatre aliments les plus cariogènes ; 6,2 % ont répondu « fromage » et « viande », 84 % ont répondu « boissons sucrées » 96,3 % : « sucreries » et 58 % : « chocolat ». En revanche, 69,1 % n'ont pas coché « biberon de lait ». A cette question, seulement 15 personnes, soit 18,5 % ont trouvé la bonne combinaison des quatre aliments (chocolat, sucreries, boissons sucrées et biberon de lait).

Concernant la transmissibilité des bactéries liées à la carie dentaire, près de la moitié (46,8 %) pense que la maladie n'est pas transmissible et 32,9 % ont répondu « je ne sais pas », sur les 20,3 % restant, toutes ont répondu « Le fait de mettre la tétine dans sa bouche pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant », 17,7 % « le fait de partager des couverts » et 3,5 % « le fait d'embrasser un enfant sur la bouche ».

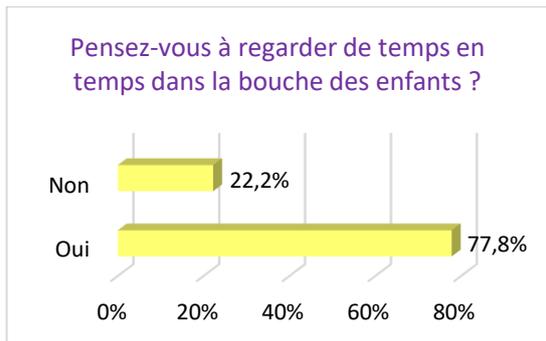
A la question « les dents de lait ne nécessitent pas de soins dentaires car elles vont tomber de toute façon » ; 74,1 % n'étaient pas d'accord. Un pourcentage équivalent pense à regarder de temps en temps dans la bouche des enfants et 67,5 % ont reconnu la carie dentaire comme des taches marron à la surface des dents.



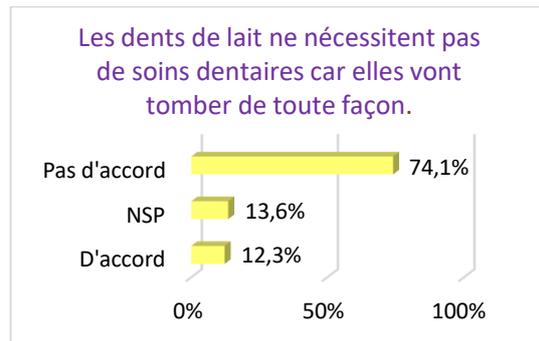
Total : 81 réponses



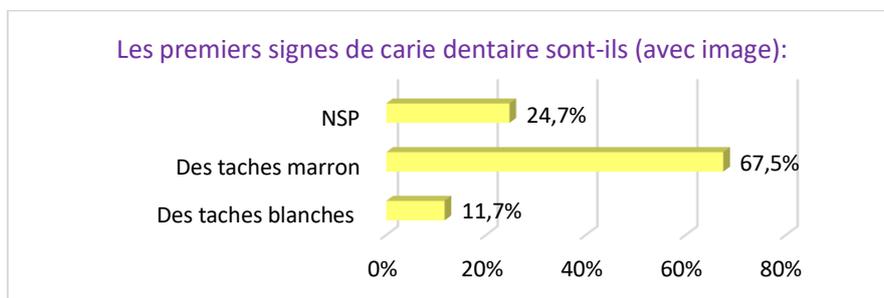
Total : 79 réponses



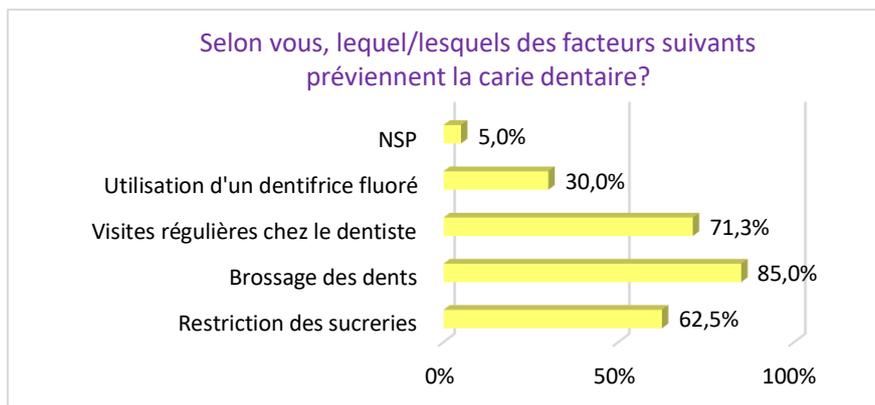
Total : 81 réponses



Total : 81 réponses



Total : 77 réponses

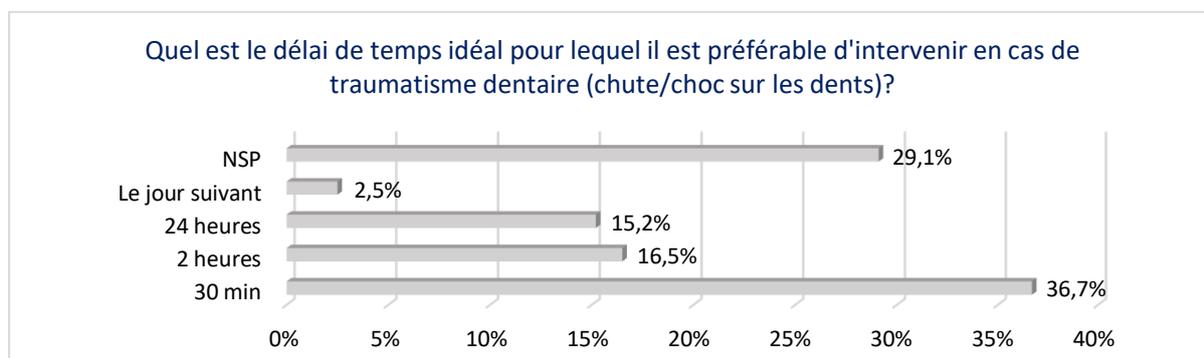


Total : 80 réponses

3.3.4.2.3. Traumatismes

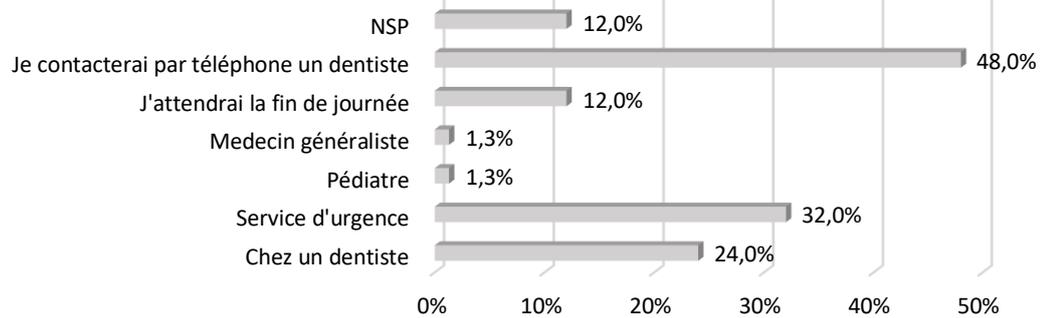
68,4 % interviendraient dans la journée en cas de traumatismes, 2,5 % seulement attendraient le jour suivant et 29,1 % ne savent pas. Plus de 70 % des participantes contacteraient ou iraient chez un dentiste en première intention si l'enfant subissait un traumatisme. Dans cette partie, trois cas de figure ont été présentés ; la fracture, la luxation et l'expulsion de la dent. Pour une dent expulsée, 1,3 % des assistantes maternelles replaceraient la dent en bouche et 60,7 % conserveraient la dent dans un mouchoir. Pour une fracture, 30 % seulement essaieraient de retrouver le fragment de dent fracturé et 40 % ne toucheraient pas une dent déplacée et la laisseraient telle quelle jusqu'à consultation chez un dentiste.

90,4 % sont conscientes du fait qu'il existe un lien entre une dent de lait et une dent définitive, et que le traumatisme d'une dent de lait peut avoir des conséquences sur la dent définitive.



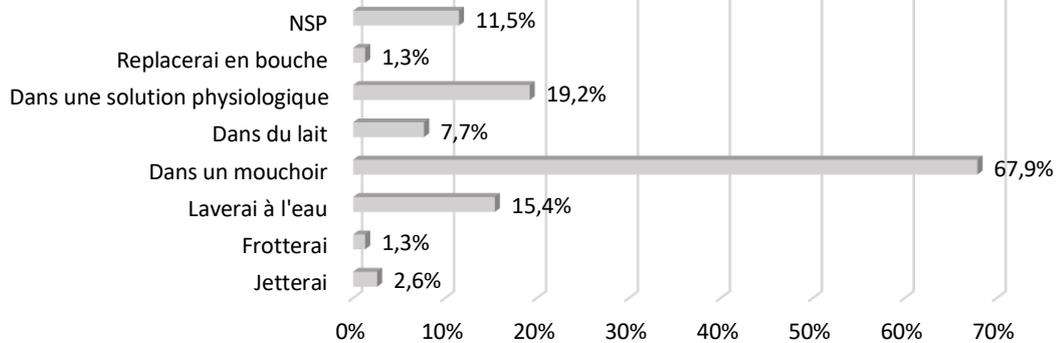
Total : 80 réponses

Dans le cas d'un traumatisme entraînant l'expulsion de la dent hors de la bouche de l'enfant, j'informerai la famille et idéalement emmènerai immédiatement l'enfant :



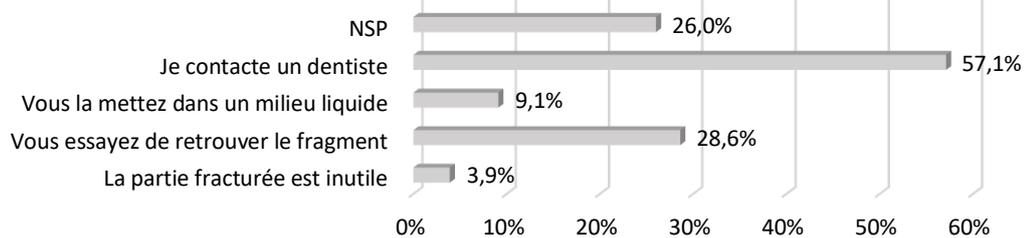
Total : 74 réponses

Que feriez-vous avec la dent expulsée, si on la retrouvait?



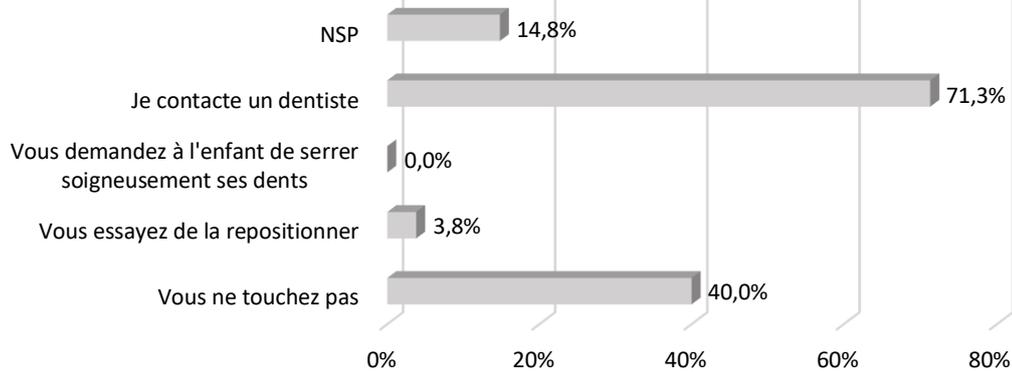
Total : 78 réponses

Que feriez-vous dans le cas d'un traumatisme entraînant la fracture de la dent (laissant un morceau distinct de la dent)



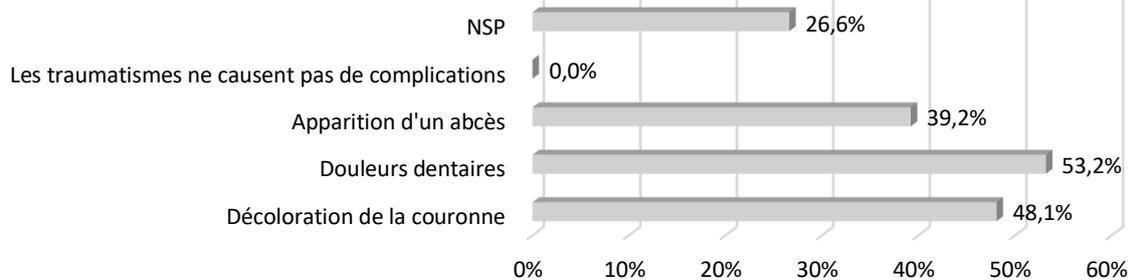
Total : 77 réponses

Que feriez-vous dans le cas d'un traumatisme entraînant un déplacement de la dent dans la bouche ?



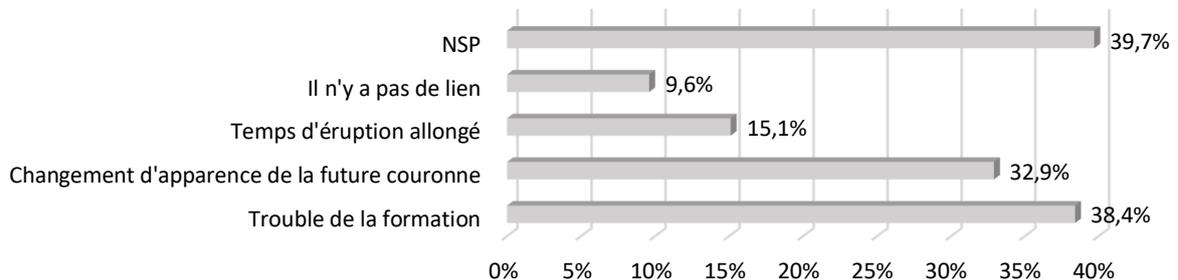
Total : 80 réponses

Sélectionnez la complication qu'un traumatisme dentaire pourrait causer avec le temps.



Total : 80 réponses

Quelles peuvent être les conséquences d'un traumatisme d'une dent temporaire (de lait) sur une dent permanente ?

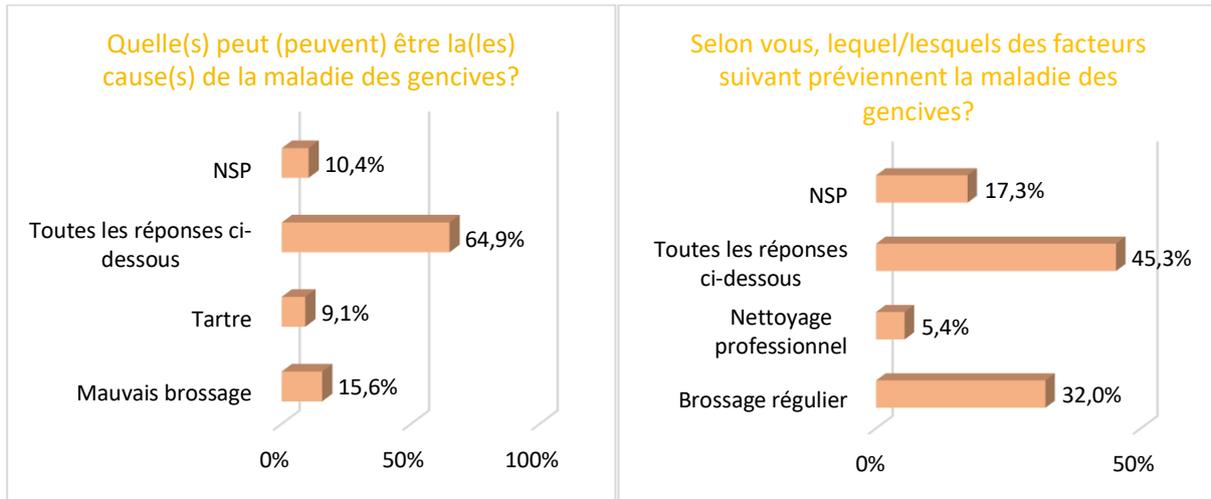


Total : 79 réponses

3.3.4.2.4. Gencive et muqueuse buccale

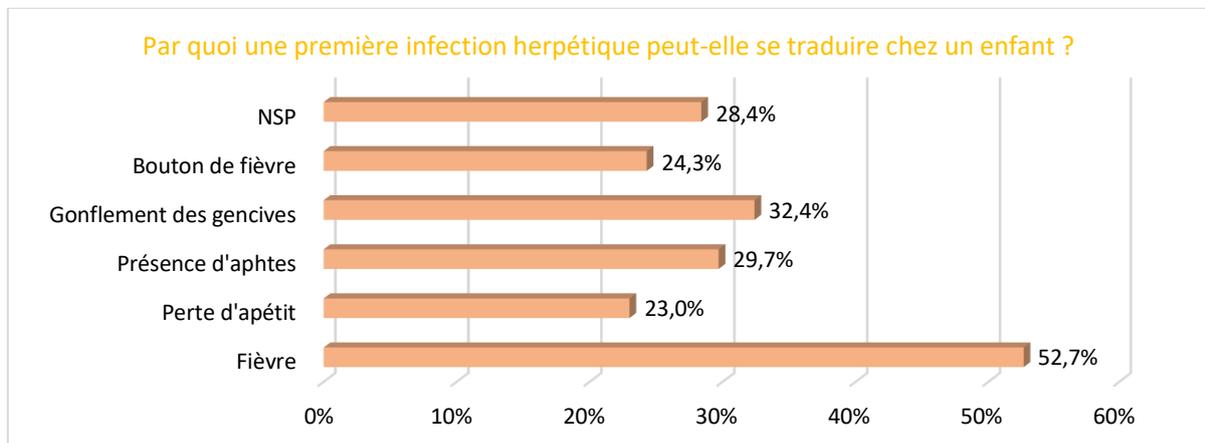
64,9 % des sujets de l'étude ont pu identifier l'origine des gingivites et 75,3 % savent qu'un brossage régulier peut la prévenir.

Concernant la primo-infection herpétique, 28,4 % ne savent pas en décrire les manifestations cliniques. Sur les 71,6 % restant, la moitié a répondu « de la fièvre ».



Total : 77 réponses

Total : 75 réponses



Total : 74 réponses

3.4. Discussion

Les résultats obtenus montrent que les connaissances concernant les bonnes mesures d'hygiène alimentaire adoptées par les assistantes maternelles sont très correctes, seulement 3,7 % déclarent donner des aliments sucrés entre les repas et 1,2 % au coucher. Cependant, il est surprenant de voir que seuls 30,9 % des assistantes maternelles étaient conscientes du possible rôle cariogène des biberons de lait. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude menée par Thomas et al en 2015, où seulement le tiers des femmes enceintes était au courant des effets négatifs de l'administration prolongée d'un biberon de lait. Or, le lait constitue l'alimentation principale des bébés jusqu'à l'introduction progressive d'aliments mi-solides. Il faut donc y prêter une attention particulière.

Pour ce qui est des connaissances en hygiène bucco-dentaire, les assistantes maternelles ont présenté un niveau de connaissances très acceptable, en effet plus de la moitié affirme qu'il faudrait se brosser les dents après chaque repas, près de la moitié a répondu pendant 2 minutes, les trois quarts mettraient une quantité de dentifrice de la taille d'un petit pois sur une brosse à dent, et 75,5 % savent comment prévenir la gingivite. Cependant, leurs pratiques quotidiennes ne reflètent pas leur niveau de connaissances ; en effet, les trois quarts ne brossent pas les dents des petits. Heureusement, le même nombre déclare regarder de temps en temps dans la bouche des petits, 92,6 % donnent un verre d'eau à la fin des repas et 67,5 % des sujets ont correctement identifié le tableau clinique de la carie dentaire. A la question « Les dents de lait ne nécessitent pas de soins dentaires car elles vont tomber de toute façon. » 74,1 % ne sont pas d'accord, ce qui témoigne de l'importance donnée par les sujets aux dents de lait. On peut donc penser que même si elles ne procèdent pas au brossage des dents, les nourrices sont assez impliquées dans la mesure où si elles découvrent une carie, en plus de la reconnaître, elles pourront en parler aux parents et adopter de nouvelles pratiques. Il était donc intéressant d'intégrer à notre questionnaire quelques questions évaluant les pratiques des assistantes maternelles afin de recouper les résultats liés aux pratiques avec les résultats liés aux connaissances.

La majorité des assistantes maternelles a également reconnu que le brossage des dents, les visites régulières chez le dentiste et la restriction de sucreries étaient des facteurs essentiels dans la prévention de la carie dentaire. Cependant, des résultats contradictoires ont été

retrouvés pour le fluor ; en effet, 75,3 % affirment dans une première question interrogeant sur le rôle du fluor qu'il permet d'empêcher le développement de la carie dentaire, cependant pour la question « Selon vous, lequel/lesquels des facteurs suivants préviennent la carie dentaire ? » seulement 30 % ont choisi comme facteur « l'utilisation d'un dentifrice fluoré ». Le résultat obtenu dans cette étude est inférieur en comparaison à d'autres (Vinay et al. 2011b; Dinea et Domnariu 2017; Mahat et Bowen 2017; Mahmoud et al. 2017; Chala et al. 2018). Étonnamment, ce résultat contradictoire a également été retrouvé dans trois études interrogeant des mères avec les mêmes questions (Jain et al. 2014; Sehwat et al. 2016; Mahmoud et al. 2017). En revanche, un résultat où toutes les études concordent concerne la concentration de fluor en ppm, très peu de sujets connaissent la concentration de fluor recommandée pour les enfants de moins de 6 ans (ElKarmi et al. 2015; Dagon et al. 2019).

Le rôle des bactéries dans l'étiologie de la carie dentaire a été reconnu par 20,3 % des assistantes maternelles, ce qui est largement inférieur à une étude menée aux Etats-Unis, où plus de la moitié des participants en avait conscience (Mahat et Bowen 2017). Cependant, des résultats similaires ont été retrouvés dans plusieurs études (Mani et al. 2010; Thomas et al. 2015b; Dinea et Domnariu 2017; Ganji et al. 2018; Venus et al. 2019). Dans l'étude de Dagon et al. 2019, deux-tiers des mères déclarent goûter la nourriture à partir de la cuillère donnée à l'enfant. Des pratiques plus surprenantes sont retrouvées dans une étude menée en Malaisie, où les assistantes maternelles mâchent les aliments pour les découper avant de les donner aux enfants (Mani et al. 2010) .

A l'exception d'une étude (Chia et al. 2015), aucune n'a inclus dans son questionnaire des questions concernant les traumatismes. Nous avons donc inséré sept questions traitant des traumatismes. Il est encourageant de constater que la majorité des nourrices contacterait un dentiste en premier lieu et n'attendrait pas le lendemain pour intervenir en cas de traumatisme. Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude menée au Japon interrogeant des professeurs des écoles où 83 % ont répondu qu'ils organiseraient immédiatement le transfert de l'enfant chez le dentiste et informeraient les parents (Young et al. 2012). Dans une étude réalisée en France, la majorité des enseignants a affirmé prévenir immédiatement les parents en cas de fracture, luxation ou expulsion, car une consultation dentaire est nécessaire (Deman 2017).

Néanmoins, un manque de connaissances peut être constaté concernant le milieu de conservation approprié pour les dents expulsées ou fragments de dent. Dans notre étude, la majorité a choisi le mouchoir comme milieu de conservation. Pourtant, le lait, le sérum physiologique et même la salive représentent des milieux de conservation adéquats, facilement disponibles à proximité.

3.5. Limite de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, en effet, elle repose sur un échantillon de petite taille. De plus, il n'est pas représentatif car il interroge une population limitée à la région de Versailles et du Chesnay, ville résidentielle relativement aisée. Leur niveau de connaissances ne devrait donc pas être généralisé. Dans cette étude, 86,4 % des sujets ont plus de 40 ans, et la moitié a plus de 15 ans de carrière. Au-delà de l'expérience acquise par le métier, ces assistantes maternelles sont avant tout des mères. Leur niveau de connaissances peut donc directement être lié à leur vécu personnel.

3.6. Conclusion

Les assistantes maternelles ont présenté un niveau de connaissances générale convenable. Il subsiste malgré tout quelques lacunes, notamment la concentration des dentifrices en fluor, le possible rôle cariogène des biberons de lait, la transmissibilité des bactéries liées à la carie dentaire, la ventilation pathologique et le milieu de conservation idéal après un traumatisme. Ces lacunes feront l'objet d'une brochure qui sera distribuée dans un second temps aux assistantes maternelles. Néanmoins, des efforts doivent être réalisés concernant le brossage des dents par les assistantes maternelles. Les parents doivent mettre à disposition des assistantes maternelles une brosse à dent pour leur enfant ainsi qu'enseigner les bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire, le rôle principal de l'assistante maternelle sera alors de motiver et de perpétuer ce rituel.

4. RÉALISATION ET DIFFUSION D'UNE BROCHURE

CHEZ L'ASSISTANTE MATERNELLE

1

En fonction de l'âge de l'enfant, penser à demander aux parents, une trousse qui contient une brosse à dent pour enfant et un dentifrice fluoré à teneur de 500 ppm.

Effectuer le brossage de l'ensemble des dents à l'aide de mouvements circulaires.

Enseigner cette méthode à l'enfant pour l'acquisition de bonnes habitudes d'hygiène.

2

Penser à regarder de temps en temps la bouche des enfants afin de déceler par exemple : un début de carie, une morsure au niveau de l'intérieur des joues, une poussée dentaire, vérifier le nombre et l'alignement des dents ... en informant les parents.

3

A partir de 2/3 ans, avec l'accord des parents et leur collaboration, diminuer progressivement l'utilisation de la tétine et la succion du pouce.

4

Récapitulatif

- ▣ Brosser les dents 2 fois par jour minimum
- ▣ Utiliser une brosse à dent à petite tête
- ▣ A partir de 3 ans et jusqu'à 6 ans, utiliser un dentifrice pour enfant à teneur de 500 PPM de fluor et de la taille d'un petit pois
- ▣ Avant 3 ans, brosser les dents avec simplement de l'eau
- ▣ Éviter le grignotage entre les repas
- ▣ Donner un verre d'eau à la fin de chaque repas
- ▣ En cas de traumatisme consulter le plus rapidement possible un dentiste
- ▣ Penser à regarder de temps en temps dans la bouche des enfants

COORDONNÉE
Santé
 Université de Paris

U.F.R.
 ODONTOLOGIE
 GARANCÈRE

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES 0-5 ANS
 Recommandations au quotidien



LES PREMIERES DENTS, À QUEL ÂGE ?

En moyenne, les dents de lait font leur éruption à 6 mois. À l'âge de 3 ans, la plupart des enfants ont toutes leurs dents de lait en bouche, soit 20 dents de lait.



Il se peut que lors de leur éruption, l'enfant ressent une gêne et des petites douleurs aux gencives, pour le soulager, vous pouvez frotter leur gencive avec une compresse humide ou un anneau de dentition froid.

UN ENFANT DE MOINS DE 3 ANS PEUT-IL AVOIR DES CARIES ?

Oui, les caries sont provoquées par une exposition prolongée et répétée d'aliments sucrés. La cause la plus fréquente chez les enfants en bas-âge est l'administration de biberon de lait tout au long de la journée et avant le coucher, on appelle cela « le syndrome du biberon » ou « carie précoce de l'enfance ». Si l'enfant a besoin du biberon avant de se coucher, privilégier un biberon d'eau.

LA CARIE DENTAIRE EST-ELLE TRANSMISSIBLE ?

Les caries dentaires sont d'origine bactérienne. Les bactéries liées à la carie dentaire peuvent être transmissibles et entraîner l'apparition d'une lésion carieuse si d'autres facteurs favorisants sont présents en bouche. Afin de prévenir leur transmission, éviter :

- D'embrasser l'enfant sur la bouche
- De goûter la nourriture de l'enfant avec sa cuillère et donc d'utiliser les mêmes couverts
- De mettre la tétine dans votre bouche pour la nettoyer

POUCE OU TÊTINE, QUAND ARRÊTER ?

Sucer son pouce ou une tétine peut avoir des répercussions sur la croissance des mâchoires et du palais. Cela peut aussi provoquer des malpositions dentaires. Il est donc important d'arrêter ces habitudes le plus tôt possible et au maximum avant le 3^{ème} anniversaire.



Un enfant qui respire toujours par la bouche peut aussi présenter un défaut de croissance de la mâchoire supérieure, consulter le dentiste ou un O.R.L si ces signes persistent.

QUE FAIRE EN CAS DE CHUTE / TRAUMATISME DENTAIRE ?

Consulter le plus rapidement un dentiste. Les traumatismes des dents de lait peuvent avoir des conséquences sur l'évolution des dents d'adultes. Un examen clinique et radiographique sera donc réalisé par le dentiste.

Si un fragment de dent ou bien une dent est tombée de la bouche de l'enfant, conserver-la dans du lait et ramener-la au dentiste pour examination.

ATTENTION : Ne jamais réimplanter une dent de lait dans la bouche de l'enfant

LES CARIES : COMMENT LES PREVENIR



BROSSER LES DENTS DE L'ENFANT 2 FOIS PAR JOUR PENDANT 2 MINUTES AVEC UN MOUVEMENT CIRCULAIRE



A PARTIR DE 3 ANS ET JUSQU'À 6 ANS, IL EST RECOMMANDÉ D'UTILISER UN DENTIFRICE CONCENTRÉ EN FLUOR À 500 PPM, EN METTRE DE LA TAILLE D'UN PETIT POIS



CHOISIR UNE BROSSSE À DENTS À PETITE TÊTE ET POILS SOUSLES



AVANT 3 ANS, NETTOYER LA SURFACE DES DENTS AVEC UNE BROSSSE À DENT ET DE L'EAU



AVOIR UNE ALIMENTATION SALINE ET EQUILIBRÉE ET EVITER LES GRIGNOTAGES



EVITER LES EXPOSITIONS PROLONGÉES ET REPÉTÉES DE LIQUIDES SUCRÉS TELS QUE LES BIBERONS DE LAIT !



DONNER UN VERRE D'EAU À LA FIN DE CHAQUE REPAS



CONSULTER RÉGULIÈREMENT LE DENTISTE ET CE DÈS LA PREMIÈRE ANNÉE

INFORMATIONS A LIRE

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études en chirurgie dentaire, j'aimerais vous inviter à répondre à ce questionnaire traitant de vos connaissances de manière générale sur la santé bucco-dentaire des enfants.

TITRE DE L'ETUDE : Evaluation des connaissances des assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 5 ans

OBJECTIF DE L'ETUDE :

- D'une part, recueillir et analyser l'état des connaissances dans le domaine de la santé bucco-dentaire des enfants en bas âge.
- D'autre part, réaliser une brochure regroupant plusieurs recommandations pour une meilleure approche et une bonne prise en charge de la santé bucco-dentaire des enfants.

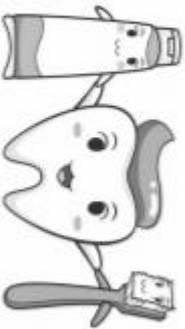
DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Afin de réaliser cette étude, il est proposé de répondre à un questionnaire écrit comportant 35 questions sur différents aspects de la santé bucco-dentaire.

Si vous acceptez de participer à cette étude, quelques règles sont à respecter :

- Le questionnaire doit être rempli de façon individuelle et anonyme, sans aucune aide extérieure, sans support internet ni autre documentation.
- Pour chaque question, il peut y avoir au minimum une réponse ou plusieurs bonnes réponses
- Pour répondre aux questions, merci de cocher d'une croix (X) la case correspondant à votre réponse.

Je serai présente pour répondre à toute question ou précision que vous jugerez nécessaire.



QUESTIONNAIRE



Quelques précisions :

- Le temps pour remplir le questionnaire est estimé à 10-12 minutes.
- L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).
- La participation est totalement volontaire.
- Ces informations sont strictement confidentielles, seules les personnes impliquées dans cette recherche y auront accès.
- Les données sont totalement anonymes et pourront faire l'objet d'analyses statistiques.
- Conformément à l'article R.1121-3 du code de la santé publique, vous pouvez vous opposer au fait de participer à cette étude.
- Vous disposez aussi d'un droit d'accès et de rectification des données transmises (article 39 et 40), droit que vous pouvez exercer auprès de la personne responsable de l'étude : HATHAMI GUETARI/hathami_guetari@hotmail.fr

Pouvez-vous répondre aux questions suivantes ?

1. Je confirme avoir lu et compris toutes les informations concernant l'étude sus citée.
 Oui Non
2. J'ai eu l'opportunité de lire les informations, de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.
 Oui Non
3. Je comprends que ma participation est volontaire, anonyme et que je suis libre de refuser de participer à l'étude.
 Oui Non
4. J'accepte de prendre part à cette étude.
 Oui Non

Date : ____ / ____ / ____ Signature :

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

1. Genre
 Femme
 Homme
2. Groupe d'âge
 < 30 ans
 31 à 40 ans
 41 à 50 ans
 >50 ans
3. Niveau d'étude
 BAC
 CAP petite enfance
 Formation 120 h
 Autre :
4. Temps de carrière :
 < 5 ans
 5 à 10 ans
 10 à 15 ans
 >15 ans
5. Combien d'enfant(s) gardez-vous en ce moment ?
.....
6. Quel âge a chacun des enfants ?
 Enfant 1
 Enfant 2
 Enfant 3
 Enfant 4
 Enfant 5



HABITUDES EN MATIERE D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

7. À quelle fréquence faut-il brosser les dents d'un enfant ?
- 1 fois par jour
 - 2 fois par jour
 - Après chaque repas
 - Je ne sais pas
8. Pendant combien de temps minimum ?
- 30 secondes
 - 1 minute
 - 2 minutes
 - Je ne sais pas
9. Quelle quantité de dentifrice faut-il déposer sur la brosse à dent ?
- Taille d'un petit pois
 - Plus que la taille d'un petit pois
 - Je ne sais pas
10. Quelle quantité de fluor le dentifrice devrait-il contenir pour un enfant de moins de 6 ans ?
- 500 ppm
 - 1000 ppm
 - 1500 ppm
 - La même quantité qu'un dentifrice adulte
 - Je ne sais pas
11. Quel est le rôle du fluor dans le dentifrice ?
- Empêche la carie dentaire
 - Empêche les problèmes de gencives
 - Donne de la fraîcheur
 - Je ne sais pas
12. Donnez-vous un verre d'eau à la fin de chaque repas ?
- Oui
 - Non



13. À quelle heure donnez-vous les aliments sucrés, biberons de lait aux enfants ?

- Lors des repas (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner)
- Entre les repas
- Au moment du coucher
- Pas particulièrement

14. Brossez-vous les dents des enfants après les repas ?

- Oui
- Non

ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

Eruptions dentaires/ malocclusions

15. Combien de dents de lait y a-t-il dans la bouche d'un enfant de moins de 5 ans ?

- 10
- 12
- 20
- 28
- Je ne sais pas



16. A quel âge, en moyenne, apparaissent les premières dents ?

- 3 mois
- 6 mois
- 12 mois
- Je ne sais pas

17. Les éruptions dentaires (évolution de la dent en bouche) peuvent-elles être accompagnées de fièvre ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

18. Lequel/lesquels des cas suivants peuvent entraîner des malpositions dentaires?

- Sucction du pouce
- Utilisation d'une tétine
- Respiration buccale
- Cela peut être héréditaire
- Je ne sais pas

19. Les dents mal positionnées en bouche peuvent-elles s'aligner dans la bonne position avec le temps?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Caries

20. Les premiers signes de carie dentaire sont-ils

- Des taches blanches à la surface des dents (image 1) ?
- Des taches marron à la surface des dents (image 2) ?
- Je ne sais pas



Image 1 : Dentaly.org



Image 2 : service odontologie Reims

21. Quels sont les quatre aliments parmi les suivants qui causent le plus de carie chez les enfants?

- Chocolat
- Viandes
- Sucrées
- Fromages
- Bibéron de lait
- Boissons sucrées

22. Selon vous, lequel/lesquels des facteurs suivants préviennent la carie dentaire?

- Restriction des suceries
- Brossage des dents
- Visites régulières chez le dentiste
- Utilisation d'un dentifrice fluoré
- Je ne sais pas

23. Les bactéries liées à la carie dentaire peuvent-elles être transmises par :

- Le fait de partager des couverts (par exemple: une cuillère).
- Le fait d'embrasser un enfant sur sa bouche
- Le fait de mettre la tétine dans sa bouche pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant.
- Les bactéries faisant des caries ne sont pas transmissibles
- Je ne sais pas

24. Les dents de lait ne nécessitent pas de soins dentaires car elles vont tomber de toute façon.

- Je suis d'accord
- Je ne sais pas
- Je ne suis pas d'accord

25. Pensez-vous à regarder de temps en temps dans la bouche des enfants ?

- Oui
- Non

Les traumatismes

26. Quel est le délai de temps idéal pour lequel il est préférable d'intervenir en cas de traumatisme dentaire (chute/choc sur les dents)?

- Dans les 30 minutes
- Dans les 2 heures
- Dans les 24 heures
- Le jour suivant
- Je ne sais pas



27. Dans le cas d'un traumatisme entraînant l'expulsion de la dent hors de la bouche de l'enfant, j'informerai la famille et idéalement emmènerai immédiatement l'enfant :

- Chez un dentiste
- Dans un service d'urgence de l'hôpital le plus proche
- Chez un pédiatre
- Chez un médecin généraliste
- J'attendrai la fin de la journée au moment où la mère vient récupérer son enfant pour le lui dire.
- Je contacterai par téléphone un dentiste, l'informerai et écouterai ses conseils
- Je ne sais pas

28. Que feriez-vous avec la dent expulsée, si on la retrouverait?

- Je la jeterai car elle serait sale et contaminée
- Je la froterai de manière à en éliminer la saleté
- Je la laverai à l'eau du robinet
- Je la mettrai dans un mouchoir ou une compresse propre
- Je la mettrai dans du lait
- Je la mettrai dans une solution physiologique
- Je la replacerai en bouche
- Je ne sais pas

29. Que feriez-vous dans le cas d'un traumatisme entraînant la fracture de la dent (laissant un morceau distinct de la dent)

- La partie fracturée est inutile, vous l'ignorez
- Vous essayez de trouver le fragment fracturé et enveloppez le morceau avec du tissu
- Vous le mettez dans un milieu liquide
- Je contacterai par téléphone un dentiste, l'informerai et écouterai ses conseils
- Je ne sais pas

30. Que feriez-vous dans le cas d'un traumatisme entraînant un déplacement de la dent dans la bouche

- Vous ne touchez pas et vous laissez la dent dans sa nouvelle position
- Vous essayez de la remettre dans sa position initiale
- Vous demandez à l'enfant de serrer soigneusement les dents si possible
- Je contacterai par téléphone un dentiste, l'informerai et écouterai ses conseils
- Je ne sais pas

31. Sélectionnez la complication qu'un traumatisme dentaire pourrait causer avec le temps.

- Décoloration de la couronne des dents (tête de la dent)
- Douleurs dentaires
- Apparition d'un abcès en regard de la dent
- Les traumatismes dentaires ne causent pas de complications
- Je ne sais pas

32. Quelles peuvent être les conséquences d'un traumatisme d'une dent temporaire (de lait) sur une dent permanente ?

- Trouble de la formation dentaire.
- Changement de l'apparence de la future couronne / racine.
- Temps d'éruption/évolution en bouche de la dent permanente plus long.
- Il n'y a pas de lien entre la dent de lait et la dent permanente.
- Je ne sais pas

Gencive et muqueuse buccale

33. Quelle(s) peut(peuvent) être la(lles) cause de la maladie des gencives?

- Mauvais brossage
- Tartre
- Toutes les réponses ci-dessus
- Je ne sais pas

34. Selon vous, lequel/lesquels des facteurs suivants préviennent la maladie des gencives?

- Brossage régulier et lavage de bouche
- Nettoyage professionnel
- Toutes les réponses ci-dessus
- Je ne sais pas

35. Par quoi une première infection herpétique peut-elle se traduire chez un enfant ?

- De la fièvre
- Une perte d'appétit
- La présence de plusieurs aphtes dans la bouche de l'enfant
- Un gonflement des gencives
- Un bouton de fièvre
- Je ne sais pas

**MERCI DE VOTRE
PARTICIPATION**



BIBLIOGRAPHIE

- Alkhtib A, Morawala A. Knowledge, Attitudes, and Practices of Mothers of Preschool Children About Oral Health in Qatar: A Cross-Sectional Survey. *Dent J.* 2018;6(4):1-8.
- Alkhubaizi Q, Moule A, Al-Sane M, Sorkin JD. Oral health practices and knowledge among parents and hired caregivers. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2018;19(6):403-10.
- Alyahya L. Parental knowledge and practices regarding their children's oral health in Kuwait. *Eur J Paediatr Dent.* 2016;17(4):267-73.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Periodontal Diseases of Children and Adolescents. *Pediatr Dent.* oct 2017;39(6):431-9.
- Amir J. Clinical Aspects and Antiviral Therapy in Primary Herpetic Gingivostomatitis. *Paediatr Drugs.* 2001;3(8):593-7.
- Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The Natural History of Primary Herpes Simplex Type 1 Gingivostomatitis in Children. *Pediatr Dermatol.* 1999;16(4):259-63.
- Andersson L. Epidemiology of traumatic dental injuries. *J Endod.* 2013;39(3 Suppl):S2-5.
- Andreasen J, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 3rd edition. Copenhagen: Munksgaard; 1994.
- Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4(1):1-6.
- Azimi S, Taheri JB, Tennant M, Kruger E, Molaei H, Ghorbani Z. Relationship Between Mothers' Knowledge and Attitude Towards the Importance of Oral Health and Dental Status of their Young Children. *Oral Health Prev Dent.* 2018;16(3):265-70.
- Basheer B, Hegde KS, Bhat SS, Umar D, Baroudi K. Influence of Mouth Breathing on the Dentofacial Growth of Children: A Cephalometric Study. *J Int Oral Health.* 2014;6(6):50-5.
- Bassigny F. Manuel d'orthopédie dento-faciale. 2ème édition. Paris: Elsevier Masson; 1991.
- Berkovitz B. Le mécanisme de l'éruption dentaire : bilan des recherches et des théories actuelles. *Rev Orthopédie Dento-Faciale [Internet].* 1 mars 1990 [cité 15 oct 2019];24(1):13-32.
- Bhoopathi V, Joshi A, Ocanto R, Jacobs RJ. Oral health promotion practices: a survey of Florida child care center directors. *BMC Oral Health.* 2018;18(96):1-8.
- Brochery B, Hennequin A, Vaysse F, Bailleul-Forestier I. Parodonte de l'enfant et de l'adolescent. *Encycl Méd-Chir - Odontol.* 2014;[23-415-C-10].
- Bruwier A, Limme M. Ventilation buccale et SAOS chez l'enfant. *L'orthodontiste.* 2016;5(4):24-35.
- Chala S, Houzmali S, Abouqal R, Abdallaoui F. Knowledge, attitudes and self-reported practices toward children oral health among mother's attending maternal and child's units, Salé, Morocco. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1-8.
- Chia L, Densie I, Morgan C. An exploratory study of parental knowledge of early childhood oral health care in Southland, New Zealand. *N Z Dent J.* 2015;111(1):18-24.

- Choukroune C. Tooth eruption disorders associated with systemic and genetic diseases: clinical guide. *J Dentofacial Anom Orthod.* 2017;20:1-16.
- Chu C-H, Yeung C. A review of the eruption of primary teeth. *OA Dentistry.* 2014;2(1):1-7.
- Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF). Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : herpès cutané et muqueux. *Ann Dermatol Vénérologie.* 2012;139(11):A15-20.
- Dagon N, Ratson T, Peretz B, Blumer S. Maternal Knowledge of Oral Health of Children Aged 1-4 Years. *J Clin Pediatr Dent.* 2019;43(2):116-20.
- Deman C. Prise en charge des traumatismes bucco-dentaires à l'école primaire. *Rev Francoph Odontol Pediatr.* 2017;12(3):100-6.
- Dinea SD, Domnariu CD. Evaluation of parental knowledge about oral health of a preschool children population. *J Public Health Manag Pract.* 2017;22(4):6-8.
- ElKarmi R, Shore E, O'Connell A. Knowledge and behaviour of parents in relation to the oral and dental health of children aged 4–6 years. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2015;16(2):199-204.
- Essi M-J, Njoya O. L'enquête CAP en recherche médicale. *Health Sci Dis.* 2013;14(2):1-3.
- Featherstone JDB. Dental caries: a dynamic disease process. *Aust Dent J.* sept 2008;53(3):286-91.
- Ganji R, Ganji K, Patil S, Alhadi A, Alhadi M. Parent's Knowledge, Attitude and Practice on Prevention of Early Childhood Caries in Al Jouf Province, Saudi Arabia. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada.* 2018;18(1):1-9.
- Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries--a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol.* 2008;24(6):603-11.
- Goldman RD. L'acyclovir pour la gingivostomatite herpétique chez l'enfant. *Can Fam Physician.* 2016;62(5):e241-2.
- Hadjipanayis A, Grossman Z, Del Torso S, Michailidou K, Van Esso D, Cauwels R. Oral health training, knowledge, attitudes and practices of primary care paediatricians: a European survey. *Eur J Pediatr.* 2018;177(5):675-81.
- Hajishengallis E, Rashewsky S, Kulkarni C, Stathopoulou P. Autoimmune Neutropenia as a Cause of Periodontal Disease in Preschool Children. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(1):69-75.
- Harari D, Redlich M, Miri S, Hamud T, Gross M. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. *Laryngoscope.* 2010;120(10):2089-93.
- Heaton B, Crawford A, Garcia RI, Henshaw M, Riedy CA, Barker JC, et al. Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries. *J Public Health Dent.* 2017;77(4):350-9.
- Heimer MV, Tornisiello Katz CR, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *Eur J Orthod.* 2008;30(6):580-5.

- Jain R, Oswal K, Chitguppi R. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *J Dent Res Sci Dev*. 2014;1(2):40-5.
- Keyes PH. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Findings and implications. *Arch Oral Biol*. 1960;1:304-20.
- Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT, Alkhaibari YR, Albaraki ASM, Alghanim AF. The Influence of Oral Health Knowledge on Parental Practices among the Saudi Parents of Children Aged 2–6 Years in Riyadh City, Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2018;8(6):565-71.
- Kumar G, Dhillon JK, Vignesh R, Garg A. Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2019;37(1):3.
- Leighton BC. The early signs of malocclusion. *Eur J Orthod*. 2007;29(Supplement 1):89-95.
- Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018;18(145):1-10.
- Logan W, Kronfeld R. Dental Growth and Development. *J Am Dent Assoc*. 1933;20(3):379-427.
- Mackler SB, Crawford JJ. Plaque Development and Gingivitis in the Primary Dentition. *J Periodontol*. 1973;44(1):18-24.
- Mahat G, Bowen F. Parental Knowledge about Urban Preschool Children's Oral Health Risk. *Pediatr Nurs*. 2017;43(1):30-4.
- Mahmoud N, Kowash M, Hussein I, Hassan A, Al Halabi M. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practices of Sharjah Mothers of Preschool Children, United Arab Emirates. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(6):308-14.
- Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries in the Primary Dentition. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):420-8.
- Mani SA, Aziz AA, John J, Ismail NM. Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in Kubang Kerian, Malaysia: a preliminary study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2010;28(2):78-83.
- Marks SC, Schroeder HE. Tooth eruption: Theories and facts. *Anat Rec*. 1996;245(2):374-93.
- Mass E, Hershkovitz F, Zilberman U. Localised aggressive periodontitis in a 3-year-old-boy. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. 2018;19(1):61-3.
- Matsson L. Development of gingivitis in pre-school children and young adults. *J Clin Periodontol*. 1978;5(1):24-34.
- Merchant SN, Vovk A, Kalash D, Hovencamp N, Aukhil I, Harrison P, et al. Localized Aggressive Periodontitis Treatment Response in Primary and Permanent Dentitions. *J Periodontol*. 2014;85(12):1722-9.

- Muller Bolla M, Courson frederic, Domejean S. Comprendre les bases de la Cariologie en 10 points – Partie 1. *Inf Dent*. 2015;22:16-23.
- Nagarajappa R, Batra M, Sharda AJ, Asawa K, Sanadhya S, Daryani H, et al. Oral health promoting factors: a preliminary survey on knowledge, attitude and practise among caregivers in Udaipur, India. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013;14(2):105-12.
- Naulin-lfi chantal. *Odontologie pédiatrique clinique*. Paris: CDP; 2011. (JPIO).
- Naulin-lfi chantal. *Traumatologie clinique: de la théorie à la pratique*. Paris: Espace ID; 2016.
- Oh T-J, Eber R, Wang H-L. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol*. 2002;29(5):400-10.
- Pacorel C, Clement C, Mercier T, Droz D. Connaissances et pratiques des professionnels de santé de la petite enfance en matière de santé bucco-dentaire. *Rev Francoph Odontol Pediatr*. 2016;11(2):60-8.
- Pari A, Ilango P, Subbareddy V, Katamreddy V, Parthasarthy H. Gingival Diseases in Childhood – A Review. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(10):ZE01-4.
- Pavanlakshmi GP SJ. Nutritive And Non-Nutritive Sucking Habits Effect On The Developing Oro-Facial Complex; A Review. *Dentistry*. 2014;04(03):1-4.
- Quaranta A, De Giglio O, Trerotoli P. Knowledge, attitudes, and behavior concerning dental trauma among parents of children attending primary school. *Ann Ig Med Prev E Comunità [Internet]*. 2016 [cité 21 mars 2019];28(6):450–455. Disponible sur: http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/apps/autos.php?id=1073
- Randhawa AK, Kaur H, Kaur G, Randhawa RS, Singh C, Kaur P. An analysis of knowledge regarding, oral health of children through pre and post education questionnaire survey among the care givers. *Indian J Compr Dent Care*. 2017;7(2):1-5.
- S Dhull K, Dutta B, M Devraj I, Samir P. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(5):435-9.
- Sehrawat P, Shivlingesh K, Gupta B, Anand R, Sharma A, Chaudhry M. Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children’s mothers in Greater Noida, India. *Niger Postgrad Med J*. 2016;23(3):152.
- Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51-9.
- Silva M, Manton D. Oral Habits—Part 1: The Dental Effects and Management of Nutritive and Non-nutritive Sucking. *J Dent Child*. 2014a;81(3):133-9.
- Silva M, Manton D. Oral Habits—Part 2: Beyond Nutritive and Non-nutritive Sucking. *J Dent Child*. 2014b;81(3):140-6.
- Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother’s knowledge about pre-school child’s oral health. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2010;28(4):282-7.
- Świątkowska M, Kargol J, Turska-Szybka A, Olczak-Kowalczyk D. What do polish parents know about dental trauma and its management in children’s treatment? A questionnaire study. *Acta*

- Odontol Scand [Internet]. 2018 [cité 21 mars 2019];76(4):274-8. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016357.2017.1420225>
- Thomas A, Jacob A, Kunhambu D, Shetty P, Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015a;5(5):400-5.
- Thomas A, Jacob A, Kunhambu D, Shetty P, Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2015b [cité 2 sept 2019];5(5):400.
- Venus S, Shahid M, Tariq K, Hassan M. Knowledge, attitude and practice of mothers regarding oral hygiene and dental caries among children. *Pak Oral Dent J*. 2019;39(1):72-4.
- Viggiano D. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004;89(12):1121-3.
- Vinay S, Naveen N, Naganandini N. Feeding and oral hygiene habits of children attending daycare centres in Bangalore and their caretakers oral health knowledge, attitude and practices. *Indian J Dent Res*. 2011a;22(4):561-6.
- Vinay S, Naveen N, Naganandini N. Feeding and oral hygiene habits of children attending daycare centres in Bangalore and their caretakers oral health knowledge, attitude and practices. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2011b;22(4):561-6.
- Wapniarska K, Buła K, Hilt A. Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children in the light of survey research. *Przegl Epidemiol*. 2016;70(1):59-63.
- Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002;121(4):347-56.
- Warren JJ, Levy SM, Nowak AJ, Tang MS. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: A longitudinal study. *Pediatr Dent*. 2000;22(3):187-91.
- Wilson AR, Brega AG, Campagna EJ, Braun PA, Henderson WG, Bryant LL, et al. Validation and Impact of Caregivers' Oral Health Knowledge and Behavior on Children's Oral Health Status. *Pediatr Dent*. 2016;38(1):47-54.
- Young C, Wong K, Cheung L. knowledge of Hong Kong primary and secondary school teachers. *Hong Kong Med J*. 2012;18(5):362-70.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

GUETARI Hathami. Évaluation des connaissances des assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 5 ans. 2020. 72 p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : p.67-71

Sous la direction de Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE et de Mme la Professeure Muriel DE LA DURE-MOLLA

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2020

Résumé :

La santé dentaire du jeune enfant influe sur celle du futur adolescent et adulte, il est donc important de veiller à une bonne santé dentaire avant l'apparition des premières molaires permanentes, dents les plus atteintes à tout âge. Concernant la petite enfance, les messages de prévention ciblent majoritairement les femmes enceintes et les parents, cette étude s'intéresse à une population très peu étudiée, celles des assistantes maternelles. L'objectif premier de ce travail est d'évaluer l'état des connaissances d'un groupe d'assistantes maternelles sur la santé bucco-dentaire de l'enfant de 0 à 5 ans à l'aide d'un auto-questionnaire élaboré à partir d'une synthèse bibliographique sur le sujet. L'objectif secondaire est de réaliser une brochure à destination des assistantes maternelles.

Discipline : [Santé publique] ; [Odontologie pédiatrique]

Mots clés français (fMeSH et Rameau) : Savoir (FMeSH) ; Connaissances, attitudes et pratiques en santé (FMeSH) ; Santé buccodentaire (FMeSH) ; Enfant d'âge préscolaire (FMeSH) ; Crèches (FMeSH) ; Garde d'enfant (FMeSH) ; Assistantes maternelles

TITRE en anglais : Assessment of childminders' knowledge of the oral health of children aged 0 to 5

English keywords (MeSH) : Knowledge (MeSH) ; Health knowledge, attitudes, practice (MeSH) ; Oral health (MeSH) ; Child, preschool (MeSH) ; Nurseries (MeSH) ; Child custody (MeSH) ; Childminder

Université de Paris
UFR d'odontologie
5, rue Garancière
75006 Paris